

JÚLIA LEUTCHUK DA ROCHA

**HUMANIZAÇÃO DE MATERNIDADES PÚBLICAS:
UM ESTUDO SOBRE A ARQUITETURA DAS ENFERMIARIAS DE
ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Linha de pesquisa: Métodos e Técnicas Aplicados ao Projeto em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^ª. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr^ª.

Florianópolis
Segunda-feira, 29 de novembro de 2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

R672h Rocha, Júlia Leutchuk da

Humanização de maternidades públicas [dissertação] :
um Estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento
conjunto / Júlia Leutchuk da Rocha ; orientadora, Vera Helena
Moro Bins Ely. - Florianópolis, SC : 2010.

222 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-
Graduação em Arquitetura.

Inclui referências

1. Arquitetura. 2. Psicologia ambiental. 3.
Humanização dos serviços de saúde. 4. Hospitais. I. Ely, Vera
Helena Moro Bins. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III.
Título.

CDU 72

JÚLIA LEUTCHUK DA ROCHA

**Humanização de maternidades públicas:
Um estudo sobre a arquitetura das Enfermarias de Alojamento
Conjunto**

Esta dissertação foi julgada e aprovada perante banca examinadora de trabalho final, outorgando ao aluno o título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo, área de concentração Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído, do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – PósARQ, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Prof. Fernando Oscar Ruttkay Pereira, PhD.
Coordenador do curso

Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:

Prof^ª. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr^ª.
Orientadora – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Marta Dischinger, PhD.
Membro Interno – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Maristela Moraes de Almeida, Dr^ª.
Membro Interno – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Carmen Susana Tornquist, Dr^ª.
Membro Externo – Universidade do Sul de Santa Catarina (UDESC)

Dedico este trabalho a minha mãe, que mesmo
longe, ficou ao lado do meu coração e
à Mumu, que me fez companhia em todas as
horas que fiquei a frente do computador, sem
nunca perder o otimismo.

AGRADECIMENTOS

À minha avó, que sempre me deu valiosos conselhos, sendo um deles a importância de continuar estudando.

A meu pai, irmãos e tios, por terem acompanhado todas as etapas deste mestrado e pela paciência que tiveram para escutar com detalhes as aventuras que passei.

Ao Thiago, por todo amor e abraços fundamentais.

Às arquitetas Milena de Mesquita Brandão e Luana Marinho Matos, pelo carinho e companherismo no caminho que construímos juntas.

À professora Dr^a. Vera Helena Moro Bins Ely, pelo seu olhar atento, conhecimento, orientação e amizade.

À professora Dr^a. Noili Demaman pela ajuda ao corrigir os detalhes do português que por mim passaram voando.

Aos funcionários da Maternidade Carmela Dutra, sobretudo à Gerente de Enfermagem Jaqueline de Souza Brasiliense Vieira, pelo interesse, incentivo e tempo dado para que esta pesquisa se realizasse.

“Os primeiros dias após o nascimento são carregados de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto permanece lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Assim, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes” (BORSA, 2007, p. 313).

RESUMO

Considerando o evento existencial que consiste o nascimento, o pós-parto caracteriza-se como o primeiro momento em que a família se reúne com o novo bebê. Nas maternidades públicas, o espaço onde normalmente ocorre esse encontro, é a Enfermaria de Alojamento Conjunto, um local de internação coletiva, onde convivem até seis famílias. Destacando ainda, o movimento de Humanização hospitalar, que emprega as qualidades do ambiente para a promoção do bem-estar, o espaço físico em que a recuperação pós-parto ocorre adquire grande importância. Ressalta-se sobretudo, que o meio é percebido por cada um de forma singular e exerce influência sob o comportamento de seus usuários. Desta forma, o trabalho tem como objetivo traçar diretrizes humanizadoras para projetos arquitetônicos de Enfermarias de Alojamento Conjunto que, sobretudo, permitam a apropriação destes lugares, considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas. Para tanto buscou-se apoio na fundamentação teórica a- cerca dos principais temas envolvidos, assim como a legislação edilícia. A partir dos diferentes métodos aplicados – como pesquisa bibliográfica e documental, visitas exploratórias, levantamento espacial, observações, entrevistas não-estruturadas focalizadas e poema dos desejos – foi possível caracterizar os ambientes em estudo, seus usuários e suas rotinas. Identificou-se, sobretudo como os elementos do ambiente influenciam tanto o bem-estar, quanto a percepção do meio e os processos sociais que ocorrem entre os indivíduos, quais sejam: o espaço pessoal, a privacidade, a territorialidade e a aglomeração. A discussão dos resultados obtidos levou às diretrizes de projeto que visam auxiliar arquitetos a conceber Enfermarias de Alojamento Conjunto mais humanizadas e que permitam a efetiva apropriação pelos usuários.

Palavras-chave: Maternidades públicas. Humanização hospitalar. Psicologia Ambiental.

ABSTRACT

Considering the existential event that birth is, the postpartum is characterized as the first time the family meets the new baby. In public hospitals, the place where this encounter occurs normally is the Ward Rooming, a local collective internment, where up to six families stay together. Taking into account the Humanization Hospital movement, which employs the qualities of the environment to promote wellness, physical space in which the postpartum recovery is of great importance. Furthermore, the environment is perceived by each person in a unique way and has an influence on the behavior of its users. Thus, the study aims to establish guidelines for architectural projects of humanizing Wards of Rooming that, above all, allow the appropriation of such places, considering the relation between environment, users and activities. For that we sought theoretical support about the main issues involved, as well as edict legislation. From the different methods used - such as bibliographic and documentary research, exploratory visits, survey space, observations, interviews focused and non-structure of the poem wishes – we were able to characterize the environments under study, its users and their routines. We identified how the environmental factors influence both the well-being and the perception of the environment and social processes that occur between individuals, either personal space, or privacy, territoriality and crowding. The discussion of the results led to guidelines that aim to help architects to design Wards of Rooming and more humane to allow the effective ownership by the users.

Keywords: Public Maternity. Humanizing hospital. Environmental Psychology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gravura representando a enfermaria do hôtel dieu, em paris, por volta de 1500: puérperas dividem o mesmo leito ao lado de pacientes moribundos.....	34
Figura 2 – Pintura representado o nascimento como um evento doméstico e feminino.....	35
Figura 3 – O uso de incubadoras, na maternité de Paris, Port-Royal. ..	37
Figura 4 – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.....	92
Figura 5 – Maternidade Carmela Dutra.	92
Figura 6 – Carimbos para registro da posição dos usuários.....	96
Figura 7 – Localização da MCD em Florianópolis.	104
Figura 8 – Localização dos acessos na MCD.....	104
Figura 9 – Localização das unidades 01, 02 e 03 no térreo da MCD... ..	106
Figura 10 – Sanitário sem chuveiro para acompanhantes na MCD. ...	107
Figura 11 – Planta baixa da unidade 3 (sem escala).	111
Figura 12 – Mobília associada ao leito: escada, gaveteiro e berço.....	111
Figura 13 – Cadeira do acompanhante	111
Figura 14 – Tulha dentro do banheiro.	112
Figura 15 – Localização do Hospital Universitário em Florianópolis... ..	129
Figura 16 – Localização dos acessos e do AC no complexo do HU.....	130
Figura 17 – Placa orientando sobre a localização das unidades da maternidade do HU, no segundo pavimento.....	131
Figura 18 – Unidade do AC.....	131
Figura 19 – Planta baixa da ala do AC do HU (sem escala).	132
Figura 20 – Alerta aos acompanhantes sobre uso dos banheiros.	132
Figura 21 – Quarto 205 para casos atípicos.	133
Figura 22 – Leito desativado no quarto 205.	133
Figura 23 – Planta baixa do quarto 211	134
Figura 24 – Mobília associada ao leito 04: luminária, escada, mesa de apoio, gaveteiro, berço e poltrona.....	135
Figura 25 – Poltrona do acompanhante.....	135
Figura 26 – Localização do bloco hospitar em relação à Rua Ramiro Barcelos, no Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre.....	160
Figura 27 – Brise soleil regulável em projeto do arquiteto João Filgueiras Lima, em Brasília.	161
Figura 28 – Exemplo de um jardim terapêutico.....	162
Figura 29 – Possibilidade de territórios com quatro e seis leitos.	163

Figura 30 – Leitos divididos por cortinas com trilho fixado no forro. .	164
Figura 31 – Área sugerida para a instalação de cortinas entre leitos.	165
Figura 32 – Diferentes luminárias para as diversas atividades.	167
Figura 33 – Mobiliário para exposição de objetos pessoais.	169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Legislação pertinente sobre humanização hospitalar e atenção obstétrica.	47
Gráfico 2 – Ambientes do Centro Obstétrico.....	49
Gráfico 3 – Ambientes da internação obstétrica.	50
Gráfico 4 – Efeitos psicológicos das cores.	64
Gráfico 5 – Relação entre os componentes promotores de bem-estar e os elementos do ambiente.	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Espaços onde ocorre a recuperação Pós-parto.	51
Quadro 2 – Condicionantes legais do quarto e enfermaria de AC.	52
Quadro 3 – Os sistemas perceptivos.	75
Quadro 4 – Graduações de distância interpessoal	83
Quadro 5 – Objetivos, técnicas e resultados esperados.....	100
Quadro 6 – Avaliação dos condicionantes legais na MCD.	113
Quadro 7 – Avaliação do som nas unidades da MCD	117
Quadro 8 – Avaliação da luz nas unidades da MCD.....	118
Quadro 9 – Avaliação da cor nas unidades da MCD	120
Quadro 10 – Avaliação da textura nas unidades da MCD	121
Quadro 11 – Avaliação do aroma nas unidades da MCD.....	122
Quadro 12 – Avaliação da temperatura nas unidades da MCD.....	123
Quadro 13 – Avaliação da vibração nas unidades da MCD	123
Quadro 14 – Síntese dos relatos na MCD sobre satisfação.	126
Quadro 15 – Síntese dos relatos na MCD sobre percepção.	126
Quadro 16 – Síntese dos relatos na MCD sobre comportamento.....	127
Quadro 17 – Síntese do Poema dos desejos na MCD.....	128
Quadro 18 – Avaliação dos condicionantes legais no HU.....	137
Quadro 19 – Avaliação da forma nos quartos do HU	139
Quadro 20 – Avaliação do som nos quartos do HU	140
Quadro 21 – Avaliação da luz nos quartos do HU	142

Quadro 22 – Avaliação da cor nos quartos do HU	143
Quadro 23 – Avaliação da textura nos quartos do HU.....	144
Quadro 24 – Avaliação do aroma nos quartos do HU.....	144
Quadro 25 – Avaliação da temperatura nos quartos do HU	146
Quadro 26 – Avaliação da vibração nos quartos do HU.....	146
Quadro 27 – Síntese dos relatos no HU sobre satisfação.	147
Quadro 28 – Síntese dos relatos no HU sobre percepção.	147
Quadro 29 – Síntese dos relatos no HU sobre comportamento.....	148
Quadro 30 – Síntese do Poema dos desejos no HU.....	149
Quadro 31 – Critérios inferidos nos quadros de avaliação da influência do meio.	150
Quadro 32 – Critérios inferidos agrupados por assunto.....	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de leitos obstétricos e cirúrgicos por estabelecimento conveniados ao SUS em Florianópolis – 2006	92
--	----

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Recém-Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Transtorno Afetivo Sazonal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA	22
1.2 OBJETIVOS	28
1.2.1 Objetivo geral	28
1.2.2 Objetivos específicos	28
1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	29
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	30
 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	 33
2.1 TRANSFORMAÇÃO DOS AMBIENTES DE NASCER	33
2.1.1 O alojamento conjunto e a presença do acompanhante.....	40
2.1.2 Legislação pertinente	42
2.1.3 A arquitetura dos ambientes de assistência obstétrica.....	48
2.2 HUMANIZAÇÃO	53
2.2.1 A Humanização nas práticas de saúde	53
2.2.2 Humanização dos ambientes de saúde.....	56
2.2.3 Estratégias de projeto promotoras de bem-estar.....	59
2.3 CONFIGURAÇÃO DO MEIO E COMPORTAMENTO DO USUÁRIO	73
2.3.1 Estímulos e percepção	74
2.3.2 Comportamento vinculado ao meio	77
2.3.3 Traços físicos no ambiente.....	89
 3 MÉTODOS E TÉCNICAS APLICADAS.....	 91
3.1 ESCOLHA DOS OBJETOS DE ANÁLISE	91
3.2 MÉTODOS DE PESQUISA SELECIONADOS	93
3.2.1 Trabalho de gabinete	93
3.2.2 Trabalho de campo.....	94
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	101
3.4 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	102
 4 RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO	 103
4.1 MATERNIDADE CARMELA DUTRA (MCD)	103
4.1.1 Rotinas das Enfermarias de Alojamento Conjunto	107
4.1.2 Caracterização espacial das unidades analisadas	110
4.1.3 Avaliação dos condicionantes legais.....	112
4.1.4 Avaliação da influência do meio sobre os usuários	113

4.1.5 Entrevistas realizadas na MCD	125
4.2 HOSPITAL POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU)	129
4.2.1 Caracterização espacial dos quartos analisados	134
4.2.2 Avaliação dos condicionantes legais	135
4.2.3 Avaliação da influência do meio sobre os usuários	137
4.2.4 Entrevistas realizadas no HU.....	147
4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	150
 5 DIRETRIZES PROPOSTAS PARA PROJETOS ARQUITETÔNICOS	 159
 6 CONCLUSÃO	 170
6.1 CONCLUSÕES GERAIS	170
6.2 AVALIAÇÃO DOS MÉTODOS E INSTRUMENTOS EMPREGADOS....	171
6.3 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	172
 REFERÊNCIAS	 173
GLOSSÁRIO	190
APÊNDICES.....	193
ANEXOS	201

1 INTRODUÇÃO

A motivação para realizar esta pesquisa surgiu a partir de uma conversa informal. Na ocasião, duas mães lembravam como foram suas experiências de dar à luz e como ocorreu a recuperação pós-parto em uma enfermaria coletiva, no chamado sistema de Alojamento Conjunto (sistema em que a tríade formada pela mãe, bebê e acompanhante permanecem juntos em um mesmo lugar até a alta hospitalar).

As primeiras horas depois do nascimento do bebê, cheias de expectativas e novidades, passavam junto a outras famílias no mesmo ambiente. Esta condição que tanto facilita a realização das tarefas da equipe de enfermagem envolvida com os cuidados da mãe e do recém-nascido, também pode causar desconforto a quem recebe tal atenção, conforme relatado. O momento do nascimento é um evento existencial e único e, desta forma, cada família pode sentir e perceber de forma distinta esta vivência. Isto significa que, em uma enfermaria coletiva, esses sentimentos dificilmente estarão em sintonia com o que os outros sentem. Por exemplo, uma mãe preocupada com o bebê que não dorme e outra, feliz com a visita de parentes queridos, precisam coexistir em um ambiente que nem sempre lhes propicia privacidade ou a sensação de um território que lhes pertença. Sabendo disso, cresceram ainda mais as dúvidas sobre a qualidade destas enfermarias e se de fato elas permitiam que as famílias que as ocupam conseguiram se apropriar destes lugares.

Neste sentido, o presente trabalho pretende caracterizar o usuário deste ambiente e suas necessidades, conhecer quais atividades são ali desenvolvidas e identificar as características espaciais das Enfermarias de Alojamento Conjunto. Esta pesquisa aborda a importância de compreender a elaboração destes espaços, enfatizando os conceitos relativos à humanização e à configuração do meio e o comportamento de seus usuários.

Este capítulo apresenta a justificativa e a relevância das temáticas em estudo, apresentando as perguntas que foram norteadoras deste trabalho, os objetivos propostos, a delimitação da pesquisa, assim como uma breve síntese da estruturação desta dissertação.

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA

Pela Constituição Federal de 1988, qualquer brasileiro tem reconhecida – desde o nascimento – a gratuidade do direito a serviços de saúde¹. Esta não só afirma a importância deste direito fundamental, como provoca no Estado a obrigatoriedade de garanti-lo, oferecendo medicamentos, promovendo programas de prevenção e criando condições de atendimento em estabelecimentos públicos de saúde (ambulatórios, postos de saúde, laboratórios, hospitais) de forma universal (atingindo a todos os que precisam) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise). Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede que reúne tais estabelecimentos para garantir o direito dos cidadãos a consultas, exames, internações e tratamentos, assim como o direito à atenção obstétrica e neonatal.

Dentre os estabelecimentos de saúde, as maternidades públicas desempenham importante papel na vida das famílias brasileiras. Para Carmen Susana Tornquist (2002, p. 484), esses lugares são palco de “[...] um evento existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família”.

Neste contexto, é importante ressaltar o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil que, segundo Tornquist, (2002, p. 483), “[...] tem buscado promover modificações na assistência ao parto e ao nascimento, sobretudo no âmbito da saúde coletiva”. A autora afirma que o ideário deste movimento preconiza medidas humanizadoras, principalmente em relação às condutas médicas, consideradas menos agressivas e mais naturais. Entre elas, o incentivo de práticas nem sempre valorizadas, como o parto vaginal, o respeito pela privacidade feminina no momento do parto, o alojamento da mãe junto com o bebê e a presença do pai durante todo o processo. Também é aconselhado ponderamento na aplicação de rotinas hospitalares ditas desnecessárias, como a lavagem intestinal, os partos cirúrgicos e alguns procedimentos considerados invasivos e até constrangedores para a mulher.

O movimento, que primeiramente foi concebido por organizações não-governamentais e intelectuais especializados no assunto, encontrou apoio no Programa de Humanização no Pré-Natal e

¹ Saúde aqui é entendida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência da doença ou enfermidade” (OMS, 1978, p. 15)

Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, e que tem como meta abranger todas as maternidades brasileiras (BRASIL, 2000).

Uma das estratégias do programa diz respeito à forma como a mulher, seus familiares e o recém-nascido são recebidos nas unidades de saúde e preconiza, além do rompimento com o tradicional isolamento imposto à mulher², a criação de um ambiente acolhedor, segundo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência sobre tecnologias apropriadas para o nascimento e parto, em 1985:

Centros obstétricos que assumem uma posição crítica em relação à tecnologia e que adotam uma postura de respeito pelos aspectos emocionais, psicológicos e sociais do parto devem ser reconhecidos. Esses locais devem ser encorajados e o processo que os levou a tal posição precisa ser estudado para que eles possam servir de modelo para atitudes futuras em outros centros e influenciar a postura obstétrica por toda a nação (WHO, 1985, p. 124)³.

Estas orientações vão ao encontro de outro movimento, iniciado na década de 70, o da Humanização Hospitalar, que possui três vertentes, impactando a estrutura hospitalar. Segundo Patrícia Biasi Cavalcanti (2009), seriam elas:

[...] o resgate do papel historicamente ocupado pelo lar como um local propício para o nascimento, recuperação de enfermidades e morte, bem como para o exercício da Medicina; a busca pela humanização do hospital existente, principalmente explorando-se uma imagem menos institucional; e a busca por novos modelos de saúde que reduzam o impacto fisiológico, social e econômico do tratamento sobre o paciente [...] (CAVALCANTI, 2009, p.52).

² Historicamente, o isolamento da mulher em relação à família remete ao processo de medicalização e hospitalização do parto.

³ Todos os textos em língua estrangeira foram traduzidos pela autora.

Renata Thaís Bomm Vasconcelos (2004, p. 25) ressalta que o movimento da humanização hospitalar tem ênfase na “[...] qualidade do ambiente hospitalar e na preocupação em afastar o aspecto hostil e institucional que sempre predominou neste tipo de edificação”. Desta forma, ratifica-se a importância da arquitetura no universo das maternidades, conforme afirma Mauro César de Oliveira Santos (2002):

A abordagem de promoção da saúde abre um novo universo para a prática interdisciplinar, o qual está longe de ser totalmente desvendado. Neste sentido, a arquitetura passa a ter um importante papel no desenvolvimento de espaços comprometidos com uma assistência ao nascimento humanizada e centrada nas necessidades da família (SANTOS, 2002, p. 05).

Para Vasconcelos (2004), no que tange à arquitetura, os projetos devem ser concebidos de tal forma que o usuário⁴ seja o norteador de como o ambiente deve ser. Devem considerar suas necessidades, expectativas e diferenças culturais. A qualificação dos espaços deve oferecer aos usuários conforto físico e psicológico, através de atributos ambientais que provocam a sensação de bem-estar.

Segundo estudos da psicologia ambiental, a forma como o usuário percebe os atributos do meio ambiente terá influência no seu comportamento. Esses – som, textura, cor, forma, temperatura e luz – causam estímulos que são percebidos sensorialmente pelo usuário, no caso a mãe, o acompanhante ou o próprio bebê. Os estímulos podem ou provocar a sensação de conforto, segurança, relaxamento ou, de outra forma, desconforto, insegurança e estresse⁵. Portanto, qualquer gestor de maternidade deveria estar atento a como o ambiente afeta os usuários.

A forma como o meio influencia o comportamento dos indivíduos também deve ser avaliada com atenção, pois as relações

⁴ O termo usuário aqui é empregado num sentido amplo, indica todas as pessoas que utilizam a estrutura. Compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

⁵ Estresse é a soma de respostas físicas e mentais da incapacidade de distinguir entre o real e as experiências e expectativas pessoais.

humanas podem ser favorecidas ou inibidas pelo espaço em que elas ocorrem. Permitir que o usuário se aproprie⁶ de um lugar, sentindo que ele lhe pertence e que lhe oferece privacidade, por exemplo, são condições que toda maternidade deveria atender, assim como a sensação de aglomeração deve ser evitada.

Dentre os diversos espaços físicos vivenciados em uma maternidade – como o posto de enfermagem, a sala de observação, a sala de pré-parto e a sala de parto – o espaço destinado à recuperação pós-parto se destaca como o local onde o bebê e a família encontram-se juntos pela primeira vez. Nesse lugar começam a se formar vínculos afetivos que vão durar por todas as suas vidas. Desta forma, recomenda-se a permanência do bebê recém-nascido no mesmo espaço que a mãe, sistema chamado de alojamento conjunto (AC)⁷. Acredita-se que tal sistema “[...] facilita a criação e aprofundamento de laços mãe - RN⁸ - família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1995 apud FERRARI, 2005, p. 34).

Contudo, nos estabelecimentos vinculados ao SUS, normalmente o AC irá ocorrer em ambientes coletivos; as chamadas Enfermarias de AC. Nelas, até seis famílias precisam dividir o mesmo espaço, sendo que cada mãe tem o direito de ser acompanhada por alguém de sua escolha durante toda a internação⁹. Levanta-se a questão de como será possível oferecer um ambiente humanizado, que favoreça a sua apropriação, o bem-estar e a ocorrência de relações humanas, onde tantos indivíduos precisam conviver com diferentes necessidades e vontades. Por outro lado, as dificuldades orçamentárias, frequentes

⁶ Entende-se que “apropriação envolve a interação recíproca usuário/espaço, na qual o usuário age no sentido de moldar os lugares segundo suas necessidades e desejos” (MALARD, 1993, p. 4). Bins Ely (1997) associa a apropriação ao exercício de controle, sendo que o controle psicológico do espaço se refere à idéia de espaço pessoal e o controle físico se refere ao conceito de territorialidade.

⁷ Alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (BRASIL, 1993).

⁸ RN é a sigla para recém-nascido.

⁹ Entende-se internação como a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

nos estabelecimentos públicos de saúde, reduzem as alternativas para resolver tais problemas.

Assim, o seguinte trabalho buscou investigar de que forma as Enfermarias de AC poderiam ser humanizadas a partir do seu projeto arquitetônico, considerando os atributos projetuais promotores de bem-estar e redutores do estresse, os estímulos do meio, assim como a influência do ambiente no comportamento de seus usuários. Para tanto, formulou-se a seguinte pergunta principal de pesquisa:

*Considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas, de que forma pode-se garantir às Enfermarias de Alojamento Conjunto de maternidades integrantes a rede SUS, um ambiente que seja humanizado e permita a **apropriação** do espaço?*

Para tanto, realizou-se um estudo de caso em dois Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)¹⁰ de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Nestes locais buscou-se respostas para as perguntas secundárias de pesquisa, quais sejam:

*Quais são as **características espaciais** das Enfermarias de Alojamento Conjunto?*

*Quais são os diferentes **usuários** destes espaços e quais são as suas necessidades?*

*Quais são as **atividades** realizadas pelos diferentes usuários desses espaços?*

*As **características espaciais** dos ambientes estudados **favorecem ou inibem** a realização das atividades pelos diferentes usuários?*

Na realização do estudo de caso proposto espera-se encontrar respostas para as questões que tangem às Enfermarias de AC e a contribuição da arquitetura na busca de projetos mais humanizados.

¹⁰ Denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Destaca-se que a pesquisa realizada tem relevância científica uma vez que considera o aporte da psicologia ambiental na humanização de ambientes de saúde como uma ferramenta de projeto. Este trabalho ainda tem relevância social, na medida que acredita-se ser possível melhorar a qualidade do momento fundamental da vida humana que é o nascer e a formação de vínculos entre o bebê e sua família. Logo, espera-se que esta dissertação poderá contribuir para o conhecimento a cerca dos dois grandes temas estudados nesta dissertação – a psicologia ambiental e a humanização hospitalar – a partir do estudo da influência da configuração do meio na percepção e no comportamento do usuário.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Propor diretrizes humanizadoras para projeto arquitetônico de Enfermarias de Alojamento Conjunto que, sobretudo, permitam a apropriação destes lugares, considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas.

1.2.2 Objetivos específicos

Caracterizar espacialmente as Enfermarias de Alojamento Conjunto, levando em consideração a legislação edilícia.

Elencar os diferentes usuários que utilizam estes espaços e entender quais são suas necessidades.

Identificar as diferentes atividades e o comportamento dos usuários nesses espaços.

Avaliar se as características espaciais dos espaços estudados permitem que todos seus usuários realizem suas atividades ou se estas são restringidas pelo meio.

1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa pode ser delineada como um estudo de caso que pretende investigar questões a partir de três diferentes âmbitos: o espaço físico, os usuários e as atividades realizadas.

Sobre o **espaço físico**, será avaliada a arquitetura de Enfermarias de AC, em unidades de Internação Obstétrica. Não serão estudadas as unidades de Centro de Parto Normal¹¹, pois se pretende também analisar as necessidades das parturientes de partos cesarianos, e estes não ocorrem nestas unidades. Pretende-se avaliar o impacto do ambiente sobre a percepção e o comportamento de seus principais usuários. Assim, também será realizada uma caracterização do **usuário** destes espaços (gestantes, recém-nascido, acompanhantes, visitantes, profissionais da saúde e funcionários de limpeza e manutenção) e suas necessidades. Já sobre as **atividades**, será descrita qual é a rotina de cada um.

Cabe enfatizar que esta dissertação, sendo sobre a arquitetura dos ambientes hospitalares, não pretende avaliar as complexas questões que envolvem a organização do serviço, como as condutas médicas, a formação profissional da equipe médica, relações hierárquicas ou os procedimentos médicos adotados em cada instituição.

11 Para a definição de Centro Obstétrico, Centro de Parto Normal e Internação Obstétrica, ver 2.1.3 – O espaço de recuperação pós-parto.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O seguinte trabalho foi organizado em seis capítulos, apresentados a seguir:

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO. Neste capítulo foi realizada uma breve apresentação e contextualização do tema proposto, seguidos da justificativa, da exposição das perguntas de pesquisa, dos objetivos e da delimitação de pesquisa.

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA. Este capítulo foi dividido em três grandes temas, que, acredita-se, são cruciais para o embasamento teórico do presente trabalho, sejam eles:

TRANSFORMAÇÃO DOS AMBIENTES DE NASCER. Para avaliar o objeto de estudo desta pesquisa, inicialmente buscou-se compreender como era o evento do nascimento até os dias de hoje. Também foi preciso compreender os Benefícios do *Alojamento Conjunto e da presença do acompanhante* (2.1.1) para entender porque estas práticas são recomendadas atualmente. Da mesma forma, procurou-se conhecer os condicionantes legais para a realização de projetos desse tipo de estabelecimento. Essas informações foram organizadas na seção intitulada *Legislação pertinente* (2.1.2). Por fim, procurou-se explicar como se caracterizam as maternidades hoje, e de forma mais específica, os ambientes de recuperação pós-parto, na seção, *A arquitetura dos ambientes de assistência obstétrica* (2.1.3).

HUMANIZAÇÃO. Visto que o conceito de humanização está presente nas políticas públicas de saúde, é necessário compreender o seu significado. Para tanto, buscou-se explorar as suas implicações na área da saúde, considerando o âmbito atitudinal do movimento. Destaca-se a evolução da humanização dos serviços de saúde de forma geral até o movimento de humanização do parto e do nascimento, na seção *A humanização nas práticas de saúde* (2.2.1). Finalmente, foram considerados os aspectos da humanização relativos ao arranjo espacial dos ambientes de saúde, para estudar como os projetos arquitetônicos de maternidades podem propiciar um espaço humanizado, na seção *Humanização dos ambientes de saúde* (2.2.2). Para tanto, buscou-se estudar os autores da área da arquitetura que abordam os atributos ambientais e os fatores espaciais que têm influência no bem-estar das

pessoas. Essas referências estão organizadas na seção *Estratégias de projeto promotoras de bem-estar* (2.2.3).

CONFIGURAÇÃO DO MEIO E COMPORTAMENTO DO USUÁRIO. Para tornar mais completa a compreensão do impacto do espaço sobre o usuário fez-se necessário buscar um incremento teórico sob a luz da psicologia ambiental. Assim sendo, as seções *Estímulos e percepção* (2.3.1), *Comportamento vinculado ao meio* (2.3.2) e *Traços físicos no ambiente* (2.3.3) abordam conceitos importantes desta área de conhecimento.

CAPÍTULO 3: MÉTODOS E TÉCNICAS APLICADAS. Neste capítulo será apresentado o processo de *Escolha dos objetos de análise* (3.1) – sendo eles a Maternidade Carmela Dutra e o Hospital Polydoro Ernani de São Thiago –, os *Métodos de pesquisa selecionados* (3.2), a *População e amostra* (3.3), assim como uma seção sobre *Ética em pesquisa com seres humanos* (3.4).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO. Neste capítulo foram apresentados os resultados obtidos em cada instituição estudada (4.1 e 4.2). Por último foi realizado o cruzamento dos resultados de ambos os estabelecimentos, na seção *Discussão dos resultados* (4.3).

CAPÍTULO 5: DIRETRIZES PROPOSTAS PARA PROJETOS DE ENFERMARIAS DE ALOJAMENTO CONJUNTO. São apresentadas neste capítulo diretrizes relacionadas às Enfermarias de Alojamento Conjunto.

CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO. Apresenta as conclusões finais desta pesquisa com as respostas para as perguntas de pesquisa, a avaliação dos métodos e técnicas empregados, assim como recomendações para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na presente seção, serão abordados os temas que permitem uma maior compreensão dos aspectos que envolvem o parto e o nascimento. Inicialmente, será realizado um panorama contando a história dos ambientes voltados para o nascimento até os dias de hoje. Também serão analisadas as legislações específicas brasileiras que direcionam as práticas dos atendimentos de saúde. Finalmente será caracterizado o objeto de estudo desta pesquisa, a Enfermaria de AC.

2.1 TRANSFORMAÇÃO DOS AMBIENTES DE NASCER

Ao ser analisada a evolução das anatomias dos edifícios hospitalares, pode-se notar que é bastante recente a presença de locais específicos para o nascimento. Recentes também são as edificações exclusivas para este fim, considerando que a própria prática obstétrica teve início no período neolítico¹², segundo Victor Hugo Melo (1983 apud SILVEIRA, 2006). A prática era exclusivamente feminina e ocorria à margem do exercício social da medicina, pois “o conhecimento sobre a reprodução fazia parte do acervo de conhecimento das mulheres” (GIFFIN, 1991 apud REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 7). Com a profissionalização das mulheres que auxiliavam o parto – as parteiras – que seriam as “[...] profissionais responsáveis por todos os assuntos referentes à gravidez, parto e puerpério¹³” (MELO, 1983 apud SILVEIRA, 2006, p. 20), acentua-se o domínio feminino sobre tais eventos.

Pode-se afirmar que durante os períodos da Antiguidade e Idade Média, a prática da obstetrícia esteve sob o domínio das parteiras, por mais que já houvesse indícios da existência dos primeiros lugares voltados para a saúde já no período pré-helênico (MIQUELIN, 1992). Em comum, essas edificações tinham a função primordial de oferecer abrigo e hospedagem aos peregrinos, necessitados ou doentes. O atendimento se aproximava de uma assistência espiritual, já que normalmente eram os princípios morais e ideais das práticas religiosas que justificavam a criação destes locais voltados à caridade e ao auxílio

¹² Cerca de 10.000 anos a.C.

¹³ Puerpério – também conhecido como pós-parto ou resguardo. Dura em torno de seis a oito semanas e só termina com o retorno das menstruações da mulher.

ao próximo. A atenção médica, propriamente dita, era prestada nas residências e se restringia aos que possuíam condições financeiras para o seu custeio (CAVALCANTI, 2009).

Na Idade Média, os hospitais surgem em aglomerados urbanos e cruzamentos de rotas comerciais não somente para dar abrigo aos viajantes, mas para confinar as pessoas doentes. Sobre o período, Marilice Costi (1997) diz que “não havia controle das doenças e o espaço de uma enfermaria tinha uma relação direta com a função de aguardar a morte” (p. 5). Sempre próximas a cemitérios e capelas “o espaço caracteriza-se como sendo de assistência e transformação espiritual”, como afirma Costi (1997, p. 3). A autora aponta que foi neste período que se dá a separação entre homens e mulheres dentro das enfermarias, construídas “[...] em forma de cruz, numa relação direta à crucificação de Cristo, a *Salle de Mourir*”, ou a sala de morrer.



Figura 1 – Gravura representando a enfermaria do *hôtel dieu*, em paris, por volta de 1500: puérperas dividem o mesmo leito ao lado de pacientes moribundos.

Também surge, neste período, a separação dos pacientes por patologias e a separação das funções de logística e alojamento (MIQUELIN, 1992; GOÉS, 2004). Mesmo havendo leitos para as

mulheres grávidas nestes hospitais, era normal que esses ficassem desocupados, sem uso (MUSÉE, 2002 apud BITENCOURT, 2008). A rotina mais frequente permanecia no deslocamento da parteira até a casa da parturiente, sendo raros os casos em que estas iam ao hospital:

Os médicos (ou cirurgiões-barbeiros) eram admitidos para ajudar apenas nos partos difíceis, realizando embriotomias (fragmentação do feto para sua extração) a fim de salvar as vidas das mães ou, quando isso não era mais possível, fazendo cesáreas para salvar os fetos. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004, p. 8).



Figura 2 – Pintura representando o nascimento como um evento doméstico e feminino.

No fim do século XVIII, as altas taxas de insalubridade e promiscuidade presentes nos hospitais e asilos urbanos e consequente mortalidade, levam a um questionamento sobre o modelo hospitalar vigente. Somados estes problemas ao movimento humanista, onde o homem é o centro do universo, o poder religioso sobre os espaços voltados à saúde é reduzido, e o controle dos hospitais adquire um caráter municipal (GÓES, 2004). São propostas mudanças no modelo de assistência à saúde para transformar o hospital, antiga sala de morrer, em uma máquina de curar (COSTI, 1997). Fábio Bitencourt (2008)

afirma que, na França, a “preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e com a vida sedentária da aristocracia” (p.35) faz com que os médicos, antes observadores passivos das atividades do parto e do nascimento pleiteassem a sua inserção no processo.

Ao longo do século XVIII a classe médica iniciou uma disputa, com as parteiras, pelo direito de execução dos procedimentos do parto (BITENCOURT, 2008) que perdura até a atualidade. Com a necessidade de regulamentar a prática dessas profissionais, passou-se a exigir delas a licenciatura, ficando essa função a cargo das municipalidades, da Igreja e do monarca (SILVEIRA, 2006).

Assim, de forma lenta e gradativa, o parto começou a ocorrer dentro do ambiente hospitalar; nas suas proximidades ou até mesmo em edificações exclusivas para este fim:

O hospital, o que posteriormente se consolida na obstetrícia norte-americana, é visto como uma indústria de alta tecnologia para a produção de bebês perfeitos, levando a necessidades crescentes de incorporações tecnológicas no ambiente de nascer (BITENCOURT, 2003, p. 7).

Segundo Bitencourt (2008), um dos primeiros exemplos registrados de uma edificação exclusiva para a assistência ao parto e ao nascimento surgiu em Paris, em 1875. No entanto, é a partir do fortalecimento do capitalismo industrial que a obstetrícia se torna uma especialidade incorporada à medicina, apropriando-se das descobertas científicas da época¹⁴. Este movimento oficializa a marginalidade das parteiras e modifica o paradigma do nascimento – que deixa de ser um evento natural, pertencente ao universo feminino – e passa a ser considerado uma patologia, requerendo cuidados essencialmente médicos, devendo ocorrer exclusivamente dentro do ambiente hospitalar (SILVEIRA, 2006; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

¹⁴ As descobertas se deram principalmente no campo da anestesiologia e da profilaxia das infecções bacterianas (SILVEIRA, 2006).



Figura 3 – O uso de incubadoras, na maternité de Paris, Port-Royal.

Segundo Bitencourt (2008), a presença de um espaço destinado à maternidade, dentro da edificação hospitalar começa a consolidar-se a partir do século XIX. É no período pós-Segunda Guerra Mundial, porém, que se estabelece, de forma mais completa, o modelo tradicional dos serviços de obstetrícia quando a instituição médica consolida seu controle do processo reprodutivo.

Conforme afirma o referido autor, um grande número de unidades obstétricas dentro de ambientes hospitalares surgiu da década de 20 até a década de 70, nos EUA e na França, sendo cada uma um conjunto de salas para fins específicos e individualizados. Segundo Bitencourt (2008), na década de 70 a rotina de procedimentos tinha início na sala pré-parto ou na enfermaria, onde a parturiente era acompanhada desde o início das contrações até nascimento em via de ocorrer. Nesse momento, era transferida do seu leito para uma maca de transporte até a sala de parto, onde era novamente transferida para a mesa obstétrica ou mesa de parto.

Segundo o autor, a tendência que predominava nos anos 50 e 60 era o adormecimento completo da mulher e o seu confinamento na sala obstétrica/cirúrgica para a realização dos procedimentos. Nos anos 70, houve a introdução de medicamentos para o controle da dor, que poderiam variar de um leve adormecimento, fortes anestésicos

intravenosos até a analgesia peridural¹⁵. Em alguns poucos casos, era oferecido às mães, na sala de parto, um espelho portátil que, com a inclinação da mesa, permitiria mais “flexibilidade, envolvimento e percepção no momento do nascimento” (BITENCOURT, 2008, p. 40). Contudo, na época não era permitido aos acompanhantes que permanecessem junto à parturiente durante todo o processo do parto, como afirma Bitencourt (2008), salvo em casos que, após negociação, era cedida pela equipe médica uma concessão de acesso.

Após o nascimento, a mãe era transferida da sala de parto para uma sala de recuperação pós-anestésica, onde era monitorada por uma ou duas horas até ser transferida novamente, agora para a sala de pós-parto, ou enfermaria convencional. Já o bebê, separado da mãe, seguia para o berçário¹⁶, onde eram feitos cuidados de enfermagem diversos.

O período de internação hospitalar no puerpério imediato vem diminuindo. No início da década de 50 se permanecia até 10 dias, cinco dias na década de 70 e menos de 48 horas na década de 80 e princípio de 90. Hoje se acredita que, por motivos de segurança, a manutenção 24 a 48 horas são suficientes, dependendo do procedimento e das intervenções médicas adotadas (LERMAN, 2002 apud BITENCOURT 2008).

Com o advento dos movimentos ligados à humanização do parto e do nascimento, vem ocorrendo significativas mudanças nos procedimentos do parto e atitude em relação à família e ao bebê; como consequência, são promovidas importantes alterações nos espaços físicos voltados para estes fins.

Uma grande variedade de projetos arquitetônicos e concepções do centro obstétrico e cirúrgico e dos demais ambientes de atenção ao parto tem proliferado, refletindo de alguma forma, nas mudanças filosóficas e práticas de abordagem no nascimento (BITENCOURT, 2008, p.42).

¹⁵ Analgesia peridural é a anestesia onde há a perda de sensibilidade da cintura para baixo.

¹⁶ O berçário era o ambiente destinado a alojar recém-nascidos.

Neste sentido, o movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento é uma das grandes forças de demanda pela qualidade do atendimento e, como consequência, do ambiente hospitalar¹⁷.

¹⁷ Para saber mais sobre o movimento e suas diretrizes, ver 2.2 – Humanização.

2.1.1 O alojamento conjunto e a presença do acompanhante

Uma das grandes mudanças que ocorreram com o movimento de Humanização do Parto e do Nascimento foi a implementação do sistema de AC, onde mãe e bebê devem permanecer juntos durante todo o tempo da internação hospitalar.

Ainda, outro direito adquirido foi a permissão de um acompanhante ficar junto a mãe e ao recém-nascido, tanto no parto, quanto na recuperação pós-parto.

Ambas as modificações têm impacto direto sobre o espaço físico das maternidades e assim, serão tratadas de forma mais detalhada.

Depois do parto, é oferecido às mães, um espaço de recuperação; um lugar em que são iniciadas as suas experiências de maternidade e que, geralmente, enquadram-se no sistema de AC. Segundo o MS (BRASIL 1993), esse sistema atende mães e recém-nascidos saudáveis e possui diversas vantagens para ambos, como estimular o aleitamento materno, favorecer os laços afetivos entre mãe e filho, permitir a observação constante do bebê pela mãe que poderá conhecer melhor o seu filho e comunicar a equipe qualquer anormalidade e manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família.

Também sobre a importância do momento pós-parto, Marshall Klaus e John Kennel (apud BRAZELTON et al, 1987, p. 44) estudaram já em 1978 a existência de um “período que segue bem de perto o nascimento, um período sensível durante o qual se faz o vínculo da mãe à criança e vice-versa”. Eles afirmam que este é um período crítico “para o desenvolvimento de uma interação sadia e para o desenvolvimento de um vínculo normal”. Os pesquisadores também apontaram que, em alguns casos, “as práticas hospitalares que forçam uma separação entre mãe e criança destroem, as vezes de maneira irreversível, o desenvolvimento do sentimento maternal” (p. 44). Tal afirmação, mesmo que pareça um tanto radical, aponta que a formação de vínculos entre mãe e bebê pode ser iniciada ainda no ambiente hospitalar, durante o puerpério.

De acordo com Brazelton et al (1987, p. 21), a experimentação da atmosfera materna pelo bebê fornece a ele subsídios para que possa “adquirir mais rapidamente um senso de si mesmo” e dominar

mecanismos complexos de controle interno. O recém-nascido ainda “aprende igualmente a servir-se de sistemas de respostas sociais que lhe assegurarão recursos do meio ambiente”. Assim, pode-se afirmar que essa experiência precoce fornece ao bebê o fundamento das suas emoções futuras.

O AC também facilita a execução das tarefas da equipe de saúde, pois ele oferece condições para o treinamento materno sobre os cuidados indispensáveis com o RN, como diminuir o risco de infecção hospitalar, além de agilizar o encontro da mãe com o pediatra. O AC ainda teria a vantagem de desativar o berçário para bebês saudáveis, existente em sistemas de maternidade anteriores ao AC, dando mais área útil aos EAS.

A importância da amamentação é assunto presente ainda no CO, contudo “[...] é no AC que se instaura definitivamente o *tempo de amamentar*” (TORNQUIST, 2003, p. 425), onde a equipe ensina e auxilia o processo. Tornquist (2003, p. 425) aponta que “a alta da mãe e do bebê estará condicionada, entre outras coisas, a um bom encaminhamento da amamentação”.

Durante todos os eventos que constituem o nascimento — o pré-parto, o parto propriamente dito, e a recuperação pós-parto — a mãe tem direito à livre escolha de um acompanhante. O acompanhante é visto pela equipe de funcionários como “uma fonte segura de suporte emocional e apoio na facilitação do trabalho de parto (massagens, banhos, respiração), muitas vezes assumindo pequenas tarefas que caberiam às auxiliares” (TORNQUIST, 2003, p. 422). Ou seja, a presença do acompanhante desonera a equipe de atividades de cuidados. Existem diferenças na escolha do acompanhante, para parturientes de classe média o pai do bebê é quase sempre o eleito, enquanto que para mulheres de classes mais baixas o acompanhante nem sempre é o pai, e sim uma mulher da rede de parentesco, como a mãe, irmã, cunhada, e, até mesmo, uma amiga.

O acompanhante completa a tríade que é associada a todo e qualquer leito de uma maternidade.

2.1.2 Legislação pertinente

Projetos de ambientes voltados para a assistência à saúde precisam estar de acordo com uma série de formatos de legislação, que constantemente são revistos, complementados por outros ou até mesmo revogados. A maioria encontra-se disponível para consulta pública em sites na internet do MS ou da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fábio Bitencourt (2007), na sua tese de doutorado faz uma organização da legislação existente até então, de relevante interesse. Já no presente estudo, além das referências sugeridas pelo autor, foram consultados outros documentos, que completam a relação normativa aqui constituída.

As primeiras ações públicas acerca da assistência ao parto no Brasil se deram ao longo da década de 40. Nos anos 60, elas tinham como principal objetivo reduzir a mortalidade infantil. Foi somente na década de 80 que surgiram iniciativas voltadas para a redução da mortalidade materna. Para atender à demanda do movimento iniciado e liderado por mulheres, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM), que incluía a assistência pré-natal, entre outras providências.

Já em 1985 a OMS propunha mudanças nos sistema vigente de atenção ao parto e reconhecendo a importância de manter juntos no pós-parto a díade da mãe e recém-nascido, no documento *Appropriate Technology for Birth*, também conhecido como “carta de fortaleza”. No ano seguinte, outra importante publicação da OMS – *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*, conhecida como carta de Trieste – reconheceu pela primeira vez a importância da tríade da mãe-bebê-acompanhante, recomendando a presença do acompanhante no parto e pós-parto. Contudo, somente em 26 de agosto de 1993 criou-se a Portaria GM/MS nº 1.016, que instituiu o sistema de AC nas maternidades vinculadas ao SUS, e afirmou que as medidas sugeridas eram um mínimo ideal para oferecer ao binômio mãe-filho condições adequadas de atendimento (BRASIL, 1993). Entretanto, também reconheceu que as medidas preconizadas podiam não conseguir ser atingidas em todo o país e, independentemente, o importante era manter o bebê junto à mãe logo depois do nascimento. Esta portaria também apresentou normas quanto aos recursos físicos mínimos para

esses estabelecimentos, determinando medidas de área por conjunto de leito materno/berço e afastamento entre berços. Também fez especificação de recursos materiais, listando equipamentos e mobiliários obrigatórios.

Mais tarde, em 11 de novembro de 1994, a ANVISA publicou a Portaria nº 1.884, que aprovava novas normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde¹⁸ (EAS), na tentativa de incluir “critérios epidemiológicos, ambientais, culturais e geográficos”, pois a legislação que regulava o planejamento físico dos sistemas de saúde (Portaria nº 400/77, do MS) desde 1977 foi considerada pelo próprio Ministério da Saúde como de “caráter restrito e pouco flexível” (BRASIL, 1994b, p. 6).

Em 1990 foi idealizada pela OMS e pela UNICEF a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Criado para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, esse prêmio reconhece as instituições que incentivam a prática, tendo como objetivo mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Seis anos mais tarde, foi instituído no Brasil, o Projeto Maternidade Segura, que pretendia “reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido” (BRASIL, 2001b, p. 17).

Outro importante incentivo às maternidades integradas à rede SUS foi o Prêmio Galba de Araújo, criado em 1998, pelo MS, através da Portaria nº 2.883/GM. O prêmio reconhece e premia financeiramente uma instituição, por cada região do país, que permite à família vivenciar o parto de forma mais acolhedora. Contudo esta iniciativa não enfoca a questão do espaço físico, pois busca valorizar, principalmente, ideias, soluções e “práticas que busquem oferecer um atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos [...]” (BRASIL, 2009).

¹⁸ *Estabelecimento Assistencial de Saúde* é a denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade (BRASIL, 1994b, p. 6). Desta forma, passamos a denominar *arquitetura dos ambientes de saúde* (BITENCOURT, 2003), em preferência da expressão *arquitetura hospitalar*, considerando-se que o adjetivo - hospitalar - não permite incluir todo o tipo de estabelecimento existente.

Contudo, foi somente no ano 2000 que surgiu a primeira ação pública voltada oficialmente para a humanização de serviços públicos de saúde, quando o MS promoveu a criação de um comitê técnico, constituído de profissionais da área de saúde mental. Este comitê elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo projeto-piloto foi apresentado no dia 24 de maio de 2000 para “convidados representativos de várias instâncias da área da saúde” (BRASIL, 2001, p. 09). Com a aprovação desse piloto, surgiu, oficialmente, o PNHAH com o “objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 07). Mais tarde, esse Programa é transformado em política pública – a Política Nacional de Humanização (PNH), que teve como objetivo transformar os modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde e estender estas práticas a todos os programas do SUS. A partir de 2004, o PNH passa a ser chamado de HumanizaSUS.

Mas é com o surgimento de um conjunto de portarias (nº 569/GM, nº 570/GM, nº 571/GM e nº 572/GM), também no ano 2000, que fica instituído o PHPN, no âmbito do SUS. Este programa, concomitante ao movimento PNHAH, surge para aprimorar o PAISM, que embora tivesse como “base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna” (TANAKA, 2004 apud ALMEIDA; TANAKA, 2009, p. 99). Considerando o acesso das mães e de seus bebês a um “atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal como direitos inalienável da cidadania” (BRASIL, 2000, p. 01), este documento teve como objetivo:

[...] o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000, p. 01).

No anexo II desta portaria, também fica clara a importância do ambiente:

A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000, p. 06).

Também afirma que todas as unidades integrantes do SUS têm como uma de suas responsabilidades, “assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita” (BRASIL, 2000, p. 07).

No ano seguinte, o MS publica o documento *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*, onde ratifica a importância do espaço físico das maternidades, afirmando que “o ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, conduz ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante e equipe de profissionais e indica qualidade da assistência” (BRASIL, 2001b, p. 28).

Em 21 de fevereiro de 2002, foi aprovada a RDC nº 50, um completo documento que atualizou e modificou as normas para os projetos físicos de EAS, tanto na área pública, quanto privada, regulando construções novas, reformas e ampliações em estabelecimentos existentes. Neste ano, também, é revogada a Portaria nº 1.884, pela Portaria nº 554.

Mais tarde, a resolução nº 50 foi alterada, passando a incluir as alterações contidas na RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 e RDC nº 189 de 18 de julho de 2003. A primeira faz alterações na redação da RDC nº 50; a segunda obriga os projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde públicos e privados a serem avaliados e aprovados pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais previamente ao início da obra a que se referem os projetos.

Finalmente, em 3 de junho de 2008, considerando a PHPN, a ANVISA emite um novo documento, a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Esta é hoje a resolução mais atualizada sobre o tema e contém normas que substituem os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal, contidos na RDC nº 50. Desta forma, a RDC nº 36 será utilizada como

referencial legal nesta dissertação uma vez que é hoje o principal documento a ser consultado em projetos de maternidades¹⁹.

A fim de relacionar toda a legislação citada nesta seção em uma sequência lógica, uma linha do tempo foi organizada no gráfico 1. A legislação marcada em azul traz recomendações aos aspectos físicos dos estabelecimentos de saúde, enquanto que as em amarelo dizem respeito somente ao aspecto atitudinal dos serviços de atenção à saúde. Os documentos relevantes publicados pela OMS estão marcados em verde. A marcação com a cor branca corresponde à legislação revogada.

¹⁹ Ver anexo D.

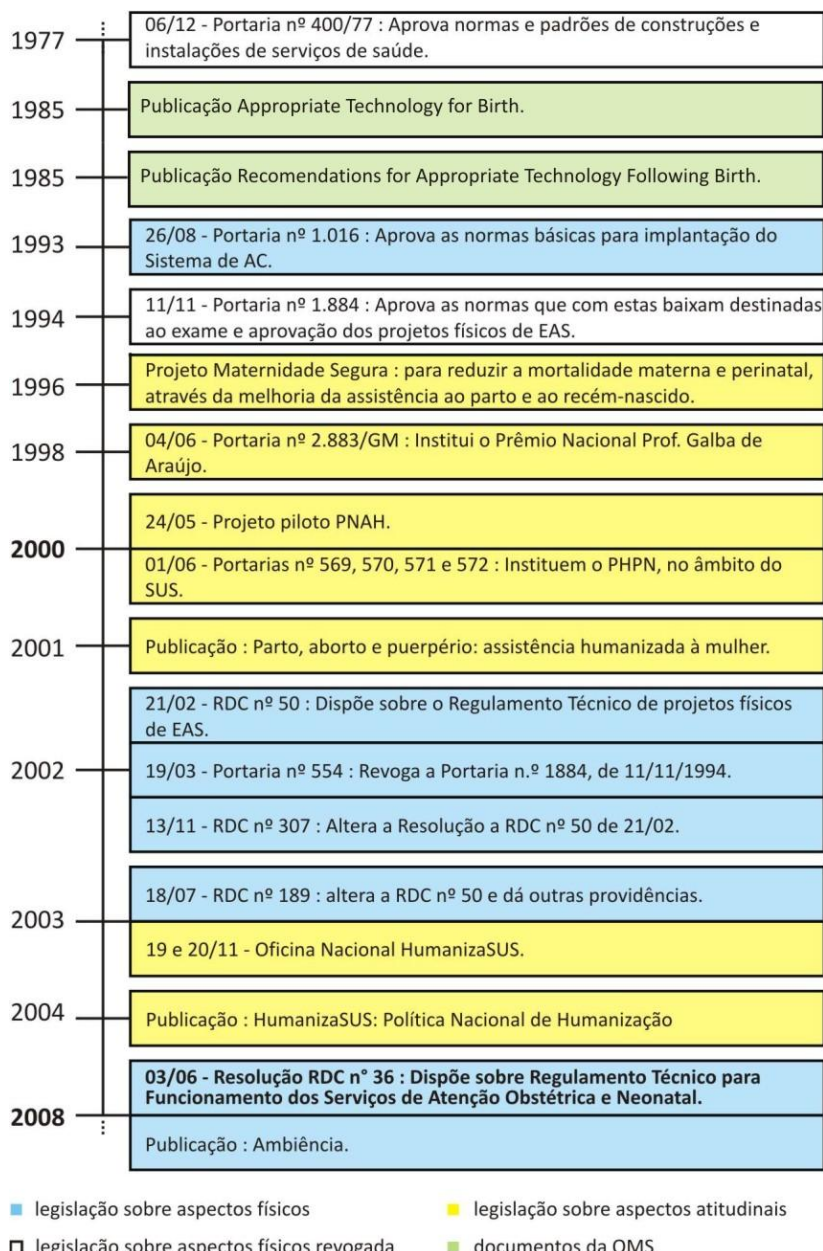


Gráfico 1 – Legislação pertinente sobre humanização hospitalar e atenção obstétrica.

2.1.3 A arquitetura dos ambientes de assistência obstétrica.

Uma vez analisada a legislação pertinente, faz-se necessária uma caracterização dos ambientes onde se dá o processo do nascimento e a recuperação pós-parto. Conforme consta na RDC nº 36, existem duas estruturas distintas voltadas para o nascimento: o Centro Obstétrico e o Centro de Parto Normal. Este último caracteriza-se como um estabelecimento voltado exclusivamente ao parto normal sem complicações; nesses lugares, não são atendidas parturientes que irão realizar o parto cesareano. Já o Centro Obstétrico é uma unidade destinada à higienização da parturiente, ao trabalho de parto (normal ou cirúrgico) e aos primeiros cuidados com os recém-nascidos. Uma vez feita esta distinção, é importante ressaltar que não serão estudadas as unidades de Centro de Parto Normal, pois se pretende, também, analisar as necessidades das puéperas de partos cesarianos.

Junto ao Centro Obstétrico, existe também uma unidade destinada somente à acomodação e assistência de puérperas ou gestantes com complicações, a Internação Obstétrica.

Segundo a RDC nº 36 (BRASIL, 2008), a infraestrutura básica do Centro Obstétrico e da Internação Obstétrica podem ser divididos em Ambientes de Apoio e Ambientes Fins. Como demonstrado o gráfico 2, no Centro Obstétrico não existem ambientes exclusivos para recuperação pós-parto, apenas o quarto ou sala PPP (Pré-parto, Parto, Pós-parto). Este é destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, o parto propriamente dito e o pós-parto imediato (somente até a primeira hora de dequitação²⁰).

²⁰ Dequitação é a separação e expulsão da placenta.

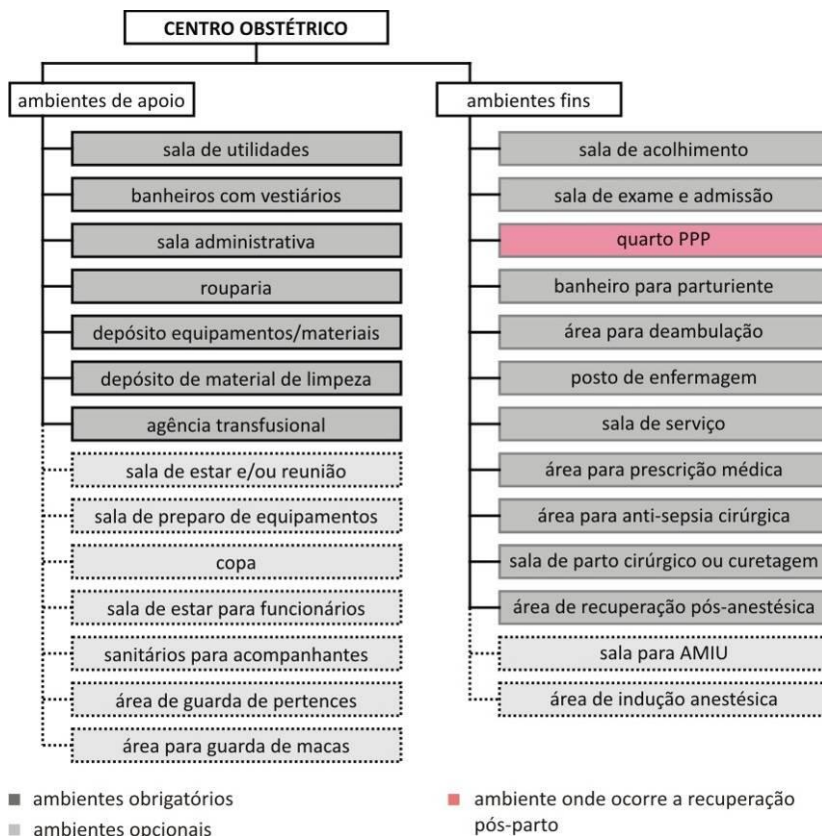


Gráfico 2 – Ambientes do Centro Obstétrico.

Fonte: adaptado de Brasil (2008).

Assim sendo, são nas unidades de Internação Obstétrica onde ocorre a recuperação pós-parto após a primeira hora de dequitação, o chamado puerpério. Lá, a mãe fica com o bebê e um acompanhante no sistema de AC, em um quarto e/ou em uma enfermaria (ambientes destacados no gráfico 3, pela cor vermelha):

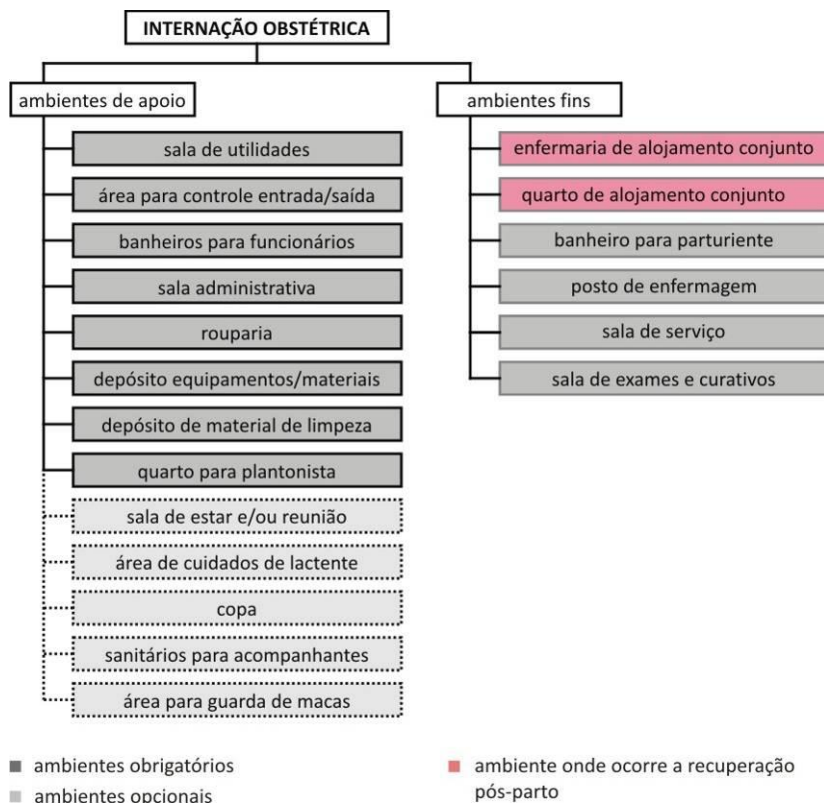


Gráfico 3 – Ambientes da internação obstétrica.

Fonte: adaptado de Brasil (2008).

Abaixo, segue um quadro com uma síntese das diferenças entre o quarto PPP, o quarto de AC e a enfermaria de AC. Nele pode-se perceber a diferença funcional entre os ambientes: no PPP todos os eventos – pré-parto, parto e pós-parto – ocorrem no mesmo ambiente. Nos demais, o parto propriamente dito ocorre em outro local. Neles pode haver poucos leitos (quarto de AC), ou muitos (Enfermaria de AC).

Quadro 1 – Espaços onde ocorre a recuperação Pós-parto.

Características		Quarto PPP	Quarto AC	Enfermaria AC
Nº leitos		1	1 ou 2	3 a 6
Tempo de Permanência		Até 1 hora	Até 48 horas	Até 48 horas
Eventos	Pré-parto	Sim	Sim	Sim
	Parto	Sim	Não	Não
	Pós-parto Imediato	Sim	Não	Não
	Pós-parto	Não	Sim	Sim
Ocorrência	Centro Obstétrico	Sim	Não	Não
	Interação Obstétrica	Não	Sim	Sim

Fonte: adaptado de Brasil (2008).

Ainda destacam-se as características físicas que devem apresentar os ambientes do quarto e enfermaria de AC, segundo a resolução, no seguinte quadro:

Quadro 2 – Condicionantes legais do quarto e enfermaria de AC.

Ambiente	Área mínima	Observações:
Quarto de AC	01 leito: 10,50m ²	<ul style="list-style-type: none"> * Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. * Previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera. * O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.
	02 leitos: 14,00m ²	
Enfermaria de AC	6,00 m ² por leito	<ul style="list-style-type: none"> * Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de AC para mais de uma puérpera. * Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem²¹.
Banheiro do quarto ou enfermaria de AC		<ul style="list-style-type: none"> * Pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada. * O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7 m. * Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

Fonte: adaptado de Brasil (2008).

Considerando que os parâmetros legais da RDC nº 36 tenham sido criados com base nos movimentos pela humanização na assistência à saúde, estes serão tratados na seção que segue.

²¹ Sinalização de enfermagem é a campainha utilizada pelos pacientes para chamar o auxílio de um enfermeiro.

2.2 HUMANIZAÇÃO

Vistos os esforços públicos para empregar políticas de humanização em todos os serviços de assistência a saúde, é necessário um maior esclarecimento sobre o significado da humanização.

Vasconcelos (2004, p. 23) entende-a “como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana”. Já Oliveira et al (2006, p. 280), citando Baremlitt, destacou a definição de humanidade como um “funcionamento de toda a espécie humana”, cujo objetivo seja dar a todos “acesso aos que precisam, segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades”.

O conceito de humanização é, geralmente, associado a diversas dimensões da saúde, principalmente em relação às suas práticas, no que diz respeito ao modo como são atendidos e tratados os pacientes, e também a humanização dos ambientes em que essas práticas ocorrem, nesse caso, ligada efetivamente à arquitetura desses espaços.

Essas duas dimensões da humanização serão tratadas nas duas seções que seguem: *A humanização nas práticas de saúde* e *A humanização dos ambientes de saúde*. Já em *Estratégias de projeto promotoras de bem-estar*, serão expostas quais estratégias de projeto provem a humanização da arquitetura dos ambientes de saúde.

2.2.1 A Humanização nas práticas de saúde

Quando se procura aplicar esse conceito no âmbito específico da saúde, humanizar ganha novos significados, como apontou Suely Deslandes (2004) ao analisar os documentos do MS sobre o tema²², quais sejam: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento²³ e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços.

Contudo, José Ricardo Ayres (2005) acredita que a humanização merece um conceito mais abrangente, e a define como:

²² Ver 2.1.3 – Legislação pertinente.

²³ Acolhimento é o modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

[...] um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005, P. 558).

A humanização, no que diz respeito ao aspecto atitudinal dos serviços de saúde, se torna necessária visto que o tratamento dado aos usuários nem sempre é de qualidade:

As organizações, agentes e práticas contemporâneas da saúde variam entre um tratamento [...] que vai desde o uso de uma linguagem técnica impessoal [...] até outro autoritário ou paternalista que infantiliza os usuários, passando por modalidades que vão da homogeneização à indiferença (os agentes não chamam o paciente pelo seu nome, não olham para seu rosto quando falam, gritam com ele etc.) (OLIVEIRA, 2006, p. 281).

Diversas são as ações de organizações não governamentais que procuram divulgar e estimular o movimento da humanização na saúde, através de campanhas de conscientização, sites na internet, eventos e congressos.

Paralelo ao movimento de humanização da saúde, o movimento específico pela humanização do parto e do nascimento vem ganhando força e levantando importantes questões quanto ao atendimento das mães, bebês e acompanhantes em maternidades hoje. No seu ideário, o chamado *modelo tecnocrático*²⁴ é muito criticado, visto que considera o parto um evento patológico, e não um evento existencial e social, ligado à sexualidade da mulher e à vida da família. O parto

24 Modelo tecnocrático, assim como o modelo humanístico e o modelo holístico são modelos de atendimento obstétrico propostos pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (apud TORNQUIST, 2002). O modelo tecnocrático é caracterizado por diferentes crenças, como por exemplo: a separação mente-corpo, o paciente como objeto, a alienação do profissional em relação ao paciente, a organização hierárquica, a padronização dos cuidados, a valorização excessiva da ciência e da tecnologia, entre outras (DAVIS-FLOYD, 2004).

hospitalizado ainda “introduz uma série de recursos e procedimentos não-naturais [...] que afastariam tanto a mulher quanto o bebê de sua suposta ‘natureza’, destituindo-os de seus direitos à vida e à boa saúde” (TORNQUIST, 2002, p. 484).

Carmen Simone Diniz destaca diversos estudos que evidenciam o atendimento aos partos em ambientes hospitalares como violento e humilhante para as mães podendo até ser enquadrado como violador dos direitos humanos (DINIZ, 2001). Além da desinformação e da falta de acesso aos leitos, são diversas as práticas que o movimento considera sua aplicação demasiada e muitas vezes, prejudicial à saúde da mulher e do bebê como o enema (lavagem intestinal), a amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém líquido amniótico), a episiotomia (incisão efetuada na região do períneo da mulher para facilitar o parto) e a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos).

Mas é somente no final dos anos 1980 que se intensifica o movimento pela humanização do parto e do nascimento. Segundo Tornquist (2002, p. 482) foi uma década decisiva “do ponto de vista da organização de algumas associações de tipo não-governamental e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento”. A autora destaca as iniciativas da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento, mais conhecida como ReHuNa, e as recomendações da OMS, realizadas na *Conferência sobre tecnologias apropriadas para o nascimento*, em 1985. Este documento propõe mudanças de atendimento do parto hospitalizado brasileiro, “visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais” (TORNQUIST, 2002, p. 484).

As recomendações incluem: o incentivo ao parto normal (em preferência ao parto cirúrgico ou cesariano), o aleitamento materno no pós-parto imediato, o sistema de AC, a presença do acompanhante durante e após o parto, a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde em regiões sem rede hospitalar. Também se recomenda a redução das “rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao

parto” (TORNQUIST, 2002, p. 482) apenas às situações de necessidade comprovada.

As recomendações do ideário da humanização do parto e do nascimento, somadas aos prêmios e títulos de incentivo valorizam o momento do nascimento como um evento social, cultural e de saúde (TORNQUIST, 2003).

2.2.2 Humanização dos ambientes de saúde

Uma vez abordadas as questões atitudinais dos serviços de saúde, a política de humanização passa também a se preocupar com a qualidade do espaço físico dos EAS. O MS considera que a humanização dos serviços de saúde deve ser acompanhada da ambiência de seus territórios. A RDC nº 36 define ambiência como:

“ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2008, p.2).

O MS afirma também que a ambiência não compreende somente o aspecto social, o aspecto profissional e as relações interpessoais que ocorrem em seus territórios, mas também o espaço físico dos ambientes de saúde, em textos das chamadas Cartilhas da PNH²⁵:

A cartilha que trata sobre ambiência destaca a contribuição de elementos da arquitetura importantes para humanizar os ambientes, como a morfologia, luz, cheiro, som, sinestesia, arte, cor e o tratamento das áreas externas, apresentando breves exemplos de cada um. Ainda assim os exemplos são bastante genéricos, como no caso da contribuição do som, onde o texto afirma a importância da proteção acústica, mas não indica estratégias de como ela pode ser alcançada: “[...] podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante

²⁵ As Cartilhas da PNH são publicações do MS que não possuem poder regulador, mas visam disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e, controle alguns ruídos” (BRASIL, 2008b, p. 9).

A cartilha, contudo, não faz recomendações específicas para cada ambiente do EAS, não considerando as diferentes necessidades advindas da diversidade de usuários e atividades realizadas em cada estabelecimento. Por outro lado, o texto afirma que o projeto precisa considerar os valores e costumes da comunidade em que se está atuando, cabendo ao arquiteto incorporá-los ao projeto de estabelecimento, de forma a respeitar o cotidiano já estabelecido na instituição. O documento também releva a importância de promover a acessibilidade espacial para todos os usuários.

Diversos autores que pesquisam o tema da humanização também apontam a sua relação com o bem-estar dos usuários. Segundo Vasconcelos (2004, p. 10), “esta nova visão abrange o conceito de Humanização dos Ambientes Hospitalares, considerada fundamental para o bem estar físico e psicológico do paciente. A humanização aproxima o ambiente físico dos valores humanos, tratando o homem como foco principal do projeto”. Para Maria Lúcia Malard (1993) a humanização hospitalar está intimamente ligada com a apropriação dos ambientes e afirma que “humanizar espaços significa torná-los adequados ao uso dos humanos; torná-los apropriados e apropriáveis” (MALARD, 1993, p. 4). Desta forma, a autora traz a habitabilidade como condição para a humanização dos espaços. Vale destacar que a habitabilidade é aqui entendida como a “qualidade de habitar, que por sua vez nos leva à palavra habitável: adjetivo que significa que se pode habitar [...]” (YURIAR, 2002 apud DEMARTINI, 2007, p. 16).

Apesar de Roslyn Lindheim (LINDHEIM, 1975 apud TOLEDO, 2005) negar a capacidade do ambiente construído de humanizar ou desumanizar os serviços de saúde, é inegável que “o ambiente hospitalar pode ser um facilitador e, até mesmo um estimulador, de práticas que considerem a auto-estima dos pacientes como fator de cura” (TOLEDO, 2005, p. 3).

O momento do parto para a mulher é, sobretudo, um momento de apreensão: o medo do desconhecido, da dor do parto. Humanizar os ambientes de nascer, e principalmente, os espaços de recuperação pós-parto, significa também reconhecer a capacidade do meio físico de

amenizar o estresse causado pelo evento do nascimento e aumentar o bem-estar da mãe, dos acompanhantes e do recém-nascido.

Um importante autor que estuda os efeitos das instalações de saúde no bem-estar dos usuários é Roger S. Ulrich. Para ele, o impacto da arquitetura de qualidade complementa os efeitos de medicamentos e procedimentos médicos, acelerando o processo de recuperação. Ulrich (1995) parte do pressuposto que todo paciente sofre um estresse considerável.

De uma forma geral, este estresse pode ser causado tanto pela enfermidade, ou razão da internação em si, quanto pelos ambientes que podem ser estressantes (barulhentos ou sem privacidade) (ULRICH, 1995). Ainda segundo o autor, o estresse pode afetar o corpo de forma negativa, de diferentes formas: psicológica (sensação de desamparo e sentimentos de ansiedade e depressão), fisiológica (mudanças no sistema corporal, como aumento da pressão sanguínea, tensão muscular e níveis de hormônios do estresse), e ou comportamental (ampla variedade de reações que alteram o bem-estar, tais como a explosão verbal, o isolamento social, a passividade, a sonolência, o abuso de álcool ou drogas, e complicações diversas com medicamentos).

O estresse causado pelo ambiente afeta não somente os pacientes, como também os familiares, visitantes e funcionários da instituição. Quando a equipe médica é atingida, agrava-se a situação, pois a qualidade do atendimento pode ser reduzida, afetando ainda mais o bem-estar dos pacientes (ULRICH, 1995).

O ambiente de saúde deve, acima de tudo, não ser causador de estresse; se possível, possuir atributos que facilitem ou aumentem a sensação de bem-estar nos seus usuários. John Zeisel (2001) afirma que os espaços podem ser curativos e, ainda, que eles podem ser classificados de acordo com a sua influência no bem-estar do usuário, podendo ser – os ambientes – passivos, funcionais ou pró-ativos.

Na forma passiva a configuração do ambiente visa simplesmente não adoecer o usuário. As edificações podem, quando não possuem bons sistemas de ventilação e troca de ar, prejudicar a saúde dos seus usuários: “[...] síndrome da edificação doente é o termo cunhado para grandes edifícios de escritórios com uma alta incidência de doenças respiratórias graves entre os seus usuários” (ZEISEL, 2001, p. 8.3).

No nível de influência funcional, há uma postura mais ativa ao projetar para a saúde, onde o projetista reúne informações sobre as necessidades do usuário e as incorpora no projeto. “[...] Tais profissionais demonstram, na sua prática, que o ambiente não só contribui para a ‘saúde’ das comunidades, organizações, instituições sociais e pessoas, mas também tais contribuições podem ser previstas, dimensionadas e avaliadas” (ZEISEL, 2001, p. 8.3).

Finalmente, na forma pró-ativa, o ambiente projetado possui poderes benéficos, atuando como ferramenta de cura, como as edificações para fins espirituais e os jardins que podem acalmar a alma e elevar o espírito, da mesma forma que um escritório bem planejado pode aumentar a produtividade de seus trabalhadores. Em ambientes hospitalares, o espaço interior bem planejado e áreas de jardins podem ser terapêuticos para pacientes em recuperação (ZEISEL, 2001).

Zeisel (2001) ainda utiliza uma classificação onde as edificações variam em uma escala – podendo ser não doentes, saudáveis e, até mesmo, curativas –, a fim de distinguir como diferentes meios se relacionam com a saúde: a edificação não é doente quando simplesmente não adoce as pessoas que nela habitam (ausência de desconforto); a edificação é saudável à medida que auxilia as pessoas a fazerem suas atividades (presença de satisfação); é curativa, quando contribui ativamente para o bem-estar das pessoas (presença de qualidade de vida).

2.2.3 Estratégias de projeto promotoras de bem-estar

Levando em conta a capacidade de a edificação poder ser curativa, é recomendável considerar, em projetos arquitetônicos que buscam a humanização, qualidades do ambiente que, possivelmente, ajudam a combater o estresse; portanto promovem o bem-estar. Para Ulrich (1995) a possibilidade de *controle do ambiente*, a presença de *distrações positivas* e o acesso ao *suporte social* são componentes capazes de reduzir o estresse. De acordo com o autor evidências científicas mostram que a presença desses componentes em ambientes de saúde produz melhorias fisiológicas nos pacientes.

Semelhante concepção a respeito de ambiente hospitalar tem Millicent Gappel (1995), cujos estudos na área da

psiconeuroimunologia²⁶ demonstram claras evidências de que a mente, o corpo e o sistema nervoso podem ser diretamente afetados por elementos do ambiente, tanto de forma positiva, quanto negativa. Gappel considera seis fatores de ambiente, sejam eles: luz, cor, som, aroma, forma e textura.

O presente capítulo pretende relacionar **componentes promotores de bem-estar** de Ulrich e os **elementos do ambiente** de Gappel. Contudo, segundo estudos ergonômicos, a temperatura e a vibração são importantes elementos que possibilitam ou impedem a sensação de bem-estar do ambiente (KROEMER E GRANDJEAN, 2005), por isso devem ser controlados. Assim serão considerados, nesta pesquisa, os elementos presentes no ambiente que forem passíveis de controle: o som, a forma, a luz, a textura, o aroma, a cor, a vibração e a temperatura.

a) Suporte social

Para Ulrich (1995), o suporte social é uma qualidade do ambiente que, ao possibilitar aos pacientes a convivência com seus amigos e familiares, reduz o estresse em qualquer tipo de ambiente ou de situação. Por exemplo, o fato de poder receber amigos ou ter um espaço próprio para a interação com os colegas no local de trabalho. Para corroborar sua tese, o autor cita o fato de que pesquisas mostram o quanto pacientes com infarto do miocárdio, que possuam elevado suporte social, têm maiores taxas de sobrevivência (ULRICH, 1995).

O arranjo espacial do ambiente pode encorajar a formação de grupos de pessoas de forma confortável, permitindo o suporte social aos indivíduos (OSMAND, 1957 apud GIFFORD, 1987). O arranjo espacial junto às configurações volumétricas de uma edificação nada mais é do que a sua *forma*, um dos fatores de influência do bem-estar, segundo Gappel (1995). A forma, no seu âmbito mais externo, é constituída pelos elementos das construções (a estrutura, o piso, as paredes ou fechamentos, as coberturas) e permite distinguir uma edificação da outra.

Outra autora – Malard – também reflete sobre essa questão. Para ela, a forma arquitetônica é “mediadora das relações sociais e só

²⁶ Psiconeuroimunologia é uma ciência que estuda as relações entre saúde e estresse (GAPPEL, 1995).

pode ser compreendida nessa relação” (MALARD, 2004, p. 2). No âmbito mais interno, entende-se que a forma está ligada tanto à geometria dos ambientes, a forma e dimensão de suas vedações, quanto a localização das aberturas nos planos. Uma janela, por exemplo, pode ser considerada bastante ampla e, ainda assim, ter um peitoril muito alto a ponto de não permitir a visualização do exterior.

Já, para Vasconcelos (2004), a flexibilidade dos arranjos é uma condição para o suporte social:

Sendo confortável, aconchegante, com a mobília organizada de forma a promover a interação social e flexível de forma a possibilitar o rearranjo para grupos menores, o ambiente pode aumentar a interação entre pacientes-visitantes e pacientes-pacientes aumentando o suporte social (VASCONCELOS, 2004, p. 39).

Também Ulrich (1995), ao recomendar a criação de jardins ou áreas de estar que permitam a interação social entre pacientes e visitantes, traz uma proposta intimamente ligada com a forma final da edificação.

Contudo, a qualidade da interação entre os indivíduos, principalmente em ambientes onde pode haver o encontro de vários grupos familiares diferentes, como no caso das Enfermarias de AC²⁷, está condicionada ao nível de privacidade que aquele espaço proporciona. Possuir barreiras físicas que isolem, visualmente, os indivíduos pode permitir o desenvolvimento de diálogos com mais intimidade e conforto. A necessidade de privacidade para o suporte social de um ambiente leva a outro elemento de Gappel: o *som*.

A qualidade das conversas depende do isolamento acústico dos ambientes; é interessante que haja um espaço onde os diálogos possam ocorrer sem que outros escutem. Desta mesma forma, é importante amenizar os barulhos perturbadores provenientes dos próprios EAS e, que no caso do CO, podem vir de diversas fontes:

O sinal sonoro dos telefones fixos e celulares, os ruídos provenientes dos carrinhos com material da enfermagem, os gritos nas conversas entre os

²⁷ Ver 2.1.3 – O espaço de recuperação pós-parto.

profissionais de saúde, bem como os gritos produzidos pelas gestantes em trabalho de parto, foram considerados como parte integrante do conjunto de ruídos estabelecidos nos centros obstétricos (BITENCOURT, 2007, p. 215).

Torna-se claro que as condições de conforto do ambiente precisam ser controladas. Se os territórios de cada indivíduo não estiverem bem demarcados, ao possibilitar o encontro de uma família, corre-se o risco de tirar a privacidade de outra. Desta forma, o suporte social oferecido deve ser passível de controle pelos indivíduos. O tema do controle do ambiente será tratado mais adiante nesta pesquisa.

b) Distrações positivas

Quando um ambiente oferece estímulos em quantidade moderada – as chamadas distrações positivas (ULRICH, 1995) –, propicia nas pessoas uma sensação de bem-estar. O próprio acesso ao suporte social (a conversa, troca de carinho ou o simples contato com a família e amigos) pode ser considerado uma distração positiva. Ulrich (1995) ainda ressalta que as distrações positivas mais efetivas são alguns elementos essenciais, que se mostram importantes para o ser humano há milhares de anos, como as expressões faciais carinhosas, sorridentes ou felizes e presença de animais mansos ou de estimação.

Contudo, em um ambiente hospitalar, devido ao controle de agentes infecciosos, descarta-se a possibilidade de permitir animais junto aos pacientes internados.

O autor ainda destaca a importância dos elementos naturais – árvores, plantas e água – como eficientes estímulos que distraem positivamente o observador. No entanto, se os estímulos forem demasiados – cores muito vibrantes, som muito elevado, luminosidade muito intensa – poderão provocar estresse nos usuários. Por outro lado, a completa falta de estímulos pode trazer sentimentos ruins ou até mesmo suscitar depressão.

Os estímulos que promovem distrações positivas podem ser aqueles já citados no suporte social: som e forma. O *som*, na intensidade adequada, pode exercer uma influência positiva em ambientes de saúde, através da música. Por exemplo, Gappel (1995) afirma que esta influência pode ser tanto fisiológica, pelo controle dos

batimentos cardíacos e diminuição da pressão arterial, quanto psicológica, pelo estímulo para o relaxamento e redução da dor. Já a *forma* pode ser considerada como uma distração positiva, uma vez que a arquitetura interessante de um espaço (com variações de altura, ritmo e de composição) o mais estimulante que um espaço muito simples e monótono.

Os estímulos que distraem positivamente o usuário podem ser alcançados por outros fatores elencados por Gappel, além do som e da forma, tais como: luz, cor, aroma e textura.

A *luz* é um importante estímulo para pacientes internados em ambientes hospitalares. Tanto a luz natural, quanto a luz artificial, pode oferecer às pessoas benefícios fisiológicos e psicológicos. Perceber a variação lumínica durante a passagem de um dia, ou a variação climática durante certo período distrai e aumenta o bem-estar do indivíduo. A variação lumínica durante o período de um dia regula processos do corpo humano, no chamado ritmo circadiano²⁸. Essa relação fica mais evidente quando se estuda a reação fisiológica de pessoas que não tem uma experiência plena com a luz, como é o caso de pessoas cegas e trabalhadores noturnos, que “são os mais propensos a desenvolver transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano” (MARTINEZ; LENZ; MENNA-BARRETO, 2008, p. 173). Ainda existem adaptações do corpo ao longo de um ano, quando a incidência de luz se torna diferente a cada estação. O Transtorno Afetivo Sazonal (TAS)²⁹ é considerado uma patologia que ocorre frequentemente no inverno, quando a pouca luminosidade baixa a produção de melatonina, causando alterações no humor e diminuição de energia (JURUENA; CLEARE, 2009).

Segundo Leonora Cristina da Silva (2008), a luz regula, inclusive, a produção de alguns hormônios e de algumas vitaminas e atua sobre o sistema nervoso. A luz solar também é fundamental para a absorção do

²⁸ Ritmo circadiano, ou ciclo circadiano, é o período de aproximadamente um dia (24 horas) sobre o qual o ciclo biológico do corpo humano e de qualquer outro ser vivo baseia-se, influenciado pela luz solar. Ele regula, por exemplo, a digestão, o estado de vigília, o crescimento e renovação das células, assim como a temperatura corporal.

²⁹ “O TAS é descrito pelos episódios afetivos recorrentes em relação temporal com um período particular do ano, tende a se agregar em famílias e é herdável, como evidenciado por estudos com gêmeos. A maioria dos pacientes de TAS experimenta sintomas atípicos, incluindo necessidade maior de sono, fissura por carboidratos, aumento de apetite e peso, e fadiga extrema” (JURUENA; CLEARE, 2009).

cálcio e fósforo dos alimentos nos ossos e “para o controle viral e de infecções e para a melhora da capacidade física, diminuindo a pressão arterial e aumentando a quantidade de oxigênio” (VASCONCELOS, 2004, p. 49). Contudo, como afirma Cavalcanti (2002, p. 43), “as sensações de conforto e satisfação não dependem apenas da quantidade, mas também das características dos indivíduos e da qualidade das fontes luminosas”. A luz fluorescente, branca e fria, em ambientes internos é interpretada pelo corpo humano como escuridão (GAPPEL, 1995), não trazendo benefícios a saúde (VASCONCELOS, 2004).

A *cor* é outro estímulo importante com o poder de distrair as pessoas e tem forte influência na fisiologia e nas emoções humanas. O vermelho, por exemplo, estimula o sistema nervoso simpático, aumenta a atividade cerebral e envia mais sangue aos músculos, acelerando os batimentos cardíacos e elevando a pressão arterial, assim como a respiração. Já o azul desencadeia reações no sistema nervoso parassimpático, produzindo um efeito tranquilizante nos indivíduos. (GAPPEL, 1995). A cor afeta também a nossa percepção, reforçando ou diminuindo as qualidades de um ambiente (ver gráfico 04), podendo, por exemplo, fazer com que pareça mais quente ou até maior do que realmente é.

Cor	Efeito de distância	Efeito de temperatura	Disposição psíquica
Azul	Distante	Frio	Tranquilizante
Verde	Distante	Frio a neutro	Muito tranquilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Muito próximo	Muito quente	Estimulante
Amarelo	Próximo	Muito quente	Estimulante
Marrom	Muito próximo	Neutro	Tranquilizante
Violeta	Muito próximo	Frio	Agressivo, intranquilizante, desestimulante

Gráfico 4 – Efeitos psicológicos das cores.

Fonte: adaptado de Kroemer e Grandjean (2005, p. 308).

A cor não é matéria, ela é uma percepção visual, uma refração da luz branca que atravessa nossos olhos e será posteriormente processada pelo cérebro, causando uma sensação visual colorida (FARINA, 2005). Desta forma, pode-se constatar a relação condicional entre cor e luz: se não há luz, não há cor e é a condição lumínica que vai permitir que se perceba a cor como ela é. Como afirma Modesto Farina (2005, p. 77), “se assim não fosse, poderíamos percebê-la mesmo no escuro”. A luz pode alterar o aspecto e a reprodução das cores na visão: a luz laranja do sol poente deixa toda a paisagem no mesmo tom âmbar; a luz azulada sobre a seção de carnes faz com que elas se pareçam mais vermelhas; assim como luz branca fria das lâmpadas fluorescentes pode deixar a cor da pele de uma pessoa sadia, com aspecto doente. Gappel (1995) afirma que, para selecionar a paleta de cores de um ambiente, é preciso considerar, além da luz, aspectos como a posição geográfica, o tamanho, o tipo de atividade realizada pelos seus usuários, assim como a idade dos mesmos.

Outro fator de influência importante é o *aroma*. Ele estimula o cérebro a evocar lembranças completas na memória, de forma mais efetiva e rápida do que estímulos visuais ou auditivos (GAPPEL, 1995), tendo ligação direta com as emoções e desta forma pode ser considerado um estímulo com o poder de distrair positivamente os indivíduos. Os odores ganham significado através do condicionamento, variando conforme as experiências individuais de cada um. O cheiro de gasolina é desagradável para muitas pessoas, mas pode trazer boas lembranças para quem gosta de carros ou corridas, e assim ser considerado um cheiro bom. Atualmente muitas lojas, principalmente as de confecções, utilizam odorizadores de ambientes exclusivos que associam a essência à marca da empresa.

Alguns autores indicam o uso de *saches* perfumados, arranjos de flores e plantas para prover fragrâncias agradáveis em ambientes de saúde (GAPPEL, 1995; VASCONCELOS, 2002; SILVA, 2008). Entretanto, tal sugestão contradiz a norma brasileira relativa à prevenção e controle de infecções hospitalares. A presença de flores em hospitais está relacionada a infecções, a captação de insetos e a casos de alergia a polens. A ANVISA recomenda que não haja nenhum tipo de planta nas áreas internas dos ambientes de saúde, pois o crescimento de bactérias e de fungos é favorecido pela umidade e a presença de material orgânico em decomposição na terra dos vasos:

A transmissão de *Aspergillus terreus* a partir de plantas no ambiente hospitalar já foi descrita em pacientes imunodeprimidos³⁰. Vários outros microorganismos patogênicos têm sido isolados de plantas e flores em hospitais e são potenciais fatores de risco para infecção (BRASIL, 2006, p. 108).

Apesar da ANVISA não fazer prevenções contra o uso de sachês, algumas fragrâncias muito fortes podem não agradar todos os usuários, sendo preferível aromas mais naturais e neutros a aromas muito artificiais e intensos.

A *textura* também é considerada um importante fator de influência do bem-estar e pode distrair os indivíduos, na medida que traz variações de estímulos ao toque. A pele, maior órgão humano, percebe a temperatura e a qualidade do ar de um ambiente; ainda assim, segundo Gappel (1995) o toque é um sentido negligenciado. Nossa capacidade de equilíbrio e sensação de movimento depende do toque, o toque do ar em partes do corpo. “Aprendizado, atenção e vitalidade estão relacionados com sensações táteis” (GAPPEL, 1995, p. 118).

Em projetos internacionais, principalmente nos Estados Unidos, é comum que vários ambientes hospitalares sejam revestidos com pedras, madeiras, carpetes e tecidos, trazendo a textura dos materiais aos espaços. Contudo, no Brasil, a ANVISA não recomenda a utilização de superfícies porosas, diminuindo bastante as opções de materiais que oferecem estímulos ao toque:

Os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes [...]. Devem ser sempre priorizados para as áreas críticas e mesmo nas áreas semicríticas, materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza freqüente (BRASIL, 2002, p. 107)

³⁰ Designa-se imunodeprimido aquele que tem o seu sistema imunológico debilitado.

Assim, para distrair positivamente os usuários dos ambientes de saúde, é necessário um balanço equilibrado quanto à intensidade das distrações. Elas devem provocar nos pacientes pensamentos positivos, que os distraiam das preocupações trazidas pela sua enfermidade. As distrações também são importantes para os familiares e amigos que se preocupam com a condição de quem está internado.

Vasconcelos (2004) indica alguns elementos arquitetônicos e arranjos espaciais ligados à relação interior/exterior que podem atuar como distrações positivas efetivas em projetos de ambientes de saúde:

- Presença de átrios, jardins internos ou espaços abertos ao exterior;
- Uso de elementos como água e fogo, incluindo fontes, lareiras e aquários, sempre que possível;
- Janelas baixas permitem ao paciente a visão exterior a partir do seu leito;
- Iluminação e uso de cores adequadas;
- Integração com a natureza, que apresenta todos os elementos necessários para estimular o usuário e prender sua atenção através dos sentimentos positivos que causa (VASCONCELOS, 2004, p. 44-45).

No entanto, é importante lembrar que a qualidade e quantidade do estímulo pode perturbar em vez de oferecer uma distração positiva. Por isso, a questão do controle dos estímulos do ambiente será abordada a seguir.

c) Controle do ambiente

A possibilidade de *controle do ambiente* é uma forte necessidade do ser humano e tem grande influência sobre o seu estresse ou bem-estar (ULRICH, 1995). Em ambientes hospitalares, a capacidade de controle pode amenizar ou agravar o estado de saúde dos pacientes (ULRICH, 1995).

Como já visto, o emprego acertado de estímulos podem promover o acesso ao suporte social ou oferecer distrações positivas aos indivíduos. Contudo, o suporte social dado a um grupo de pessoas

pode interferir na privacidade de outro grupo e, ainda, os mesmos estímulos que distraem, se apresentados em demasia, podem, ao em vez de promover bem-estar, causar estresse nos indivíduos. Assim, todos os elementos presentes no ambiente até então citados devem ser passíveis de controle pelos seus usuários, sejam eles: *som, forma, luz, textura, aroma e cor*.

O *som* é um importante fator de influência do bem-estar presente no ambiente, que precisa poder ser controlado pelo usuário. Gappel afirma que “o efeito mais adverso do barulho é a perda da audição” (GAPPEL, 1995, p. 117), mas um trauma auditivo pode também causar alterações fisiológicas bastante indesejáveis, como mudanças na estrutura capilar sanguínea, impedindo a circulação de sangue adequada, o que pode causar pressão alta, doenças cardíacas e até úlceras (GAPPEL, 1995). O autor ainda destaca que as consequências menos tangíveis, mas tão indesejáveis, de um ruído desagradável, são os sentimentos de irritação, frustração, raiva e, até mesmo, intolerância a dor. Segundo Silva (2008) também podem ser afetadas a percepção visual e a capacidade de aprendizado. Nos ambientes de saúde essas alterações fisiológicas podem retardar o processo de recuperação dos pacientes, devido ao seu estado já fragilizado e impedir que a equipe de saúde desempenhe suas atividades de forma plena:

[...] para o corpo de funcionários de um hospital, por exemplo, a ação de desconforto sonoro, seja este por altos níveis ou sons repetitivos, como é o caso de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), em que os aparelhos mostram constantes e ritmizados sons, podem vir a contribuir para o aumento do absenteísmo (SILVA, 2008, p. 72).

O volume do som de equipamentos eletrônicos, como por exemplo o de uma televisão, pode se tornar incomodo, se for muito forte (atrapalhando o descanso ou conversa) ou muito fraco (impedindo que se escute a transmissão). Desta forma, não basta estabelecer um limite na intensidade do volume, mas sim possibilitar que todos possam controlá-la com o controle remoto, ou com fones de ouvido individuais. Segundo Vasconcelos (2004, p. 38), em ambientes de saúde, além do controle do volume, é importante permitir que o

paciente tenha acesso à alteração do canal da televisão, “tanto em quartos de pacientes quanto em salas de visitas”.

Nos espaços de recuperação pós-parto a preocupação reside no impacto causado nos recém-nascidos, expostos a ambientes barulhentos. Bebês que permanecem por muito tempo em ambientes com pouco conforto acústico se tornam mais lentos ao imitar o comportamento humano, persistem em hábitos infantis por mais tempos e atrasam o seu desenvolvimento verbal e suas atividades exploratórias (GAPPEL, 1995).

Para melhorar as condições acústicas de um espaço, é fundamental que se empreguem materiais com qualidades acústicas que não reflitam ou amplifiquem as ondas sonoras, isolando os ruídos externos e abafando os barulhos do próprio ambiente interno. Estes materiais podem estar presentes no revestimento dos ambientes ou no mobiliário. Importante, ainda em projeto da localização do EAS no contexto urbano, é que seja cuidadosamente levada em conta a sua área de implantação:

Estas questões devem ser priorizadas principalmente quando consideramos implantações em áreas urbanas que podem vir a ocasionar desconfortos sonoros advindos do meio externo, como, por exemplo, proximidade a uma área de alto tráfego de veículos (SILVA, 2008, p. 72-73).

Além do som, o controle da *luz* é outro importante fator que não pode ser esquecido: o controle entre os arranjos lumínicos possíveis é que vai trazer qualidade ao ambiente.

Sobre a iluminação dos quartos de internação, onde se enquadram os espaços de recuperação pós-parto, a dissertação de Cavalcanti (2002) apresenta algumas recomendações projetuais bem detalhadas e específicas, indicando tipo e intensidade de lâmpadas e de luminárias mais adequados. A autora afirma que a iluminação deve atender às necessidades da diversidade de atividades visuais realizadas. Dentre essas atividades se destacam o exame – empregar fonte de luz

seja direta e móvel e lâmpadas com *Índice de reprodução de cores*³¹ satisfatório –; o lazer – preconizar a iluminação natural, iluminação adequada para a leitura e evitar o reflexo em aparelhos de televisão –; o repouso – fontes de luz com baixa iluminância – e a vigília – iluminação noturna, com baixas iluminâncias, quando forem quartos de internação em geral.

A *forma* – o arranjo espacial – também deve poder ser controlada pelo usuário. Segundo Gappel (1995), os indivíduos em momentos de tensão precisam de maior privacidade e a garantia de um espaço que considerem seu. Desta maneira, ter algum aspecto do ambiente que seja privado é fundamental, como a possibilidade de privacidade visual para pacientes vestirem-se em áreas de exames. Assim sendo, poder controlar a disposição do mobiliário e a forma dos ambientes configurada por divisórias móveis ou biombo pode promover esse sentido de privacidade em relação a outras pessoas que estão naquele lugar.

Ainda sobre o arranjo espacial, os painéis de controle (para solicitar atendimento da equipe médica, controlar a luminosidade, ter acesso ao telefone e controlar os aparelhos de televisão e de som) devem ser posicionados de modo que o paciente tenha fácil alcance (GAPPEL, 1995).

O *aroma*, como já foi dito, pode ser um estímulo positivo; contudo, qualquer cheiro em demasia se torna desagradável, podendo provocar náusea, como é o caso do cheiro de alimentos estragados, por exemplo. Os aromas desagradáveis aceleram o batimento cardíaco e a respiração, enquanto que os cheiros agradáveis são redutores do estresse (GAPPEL, 1996). Desta forma, é preciso ter cuidado e controlar a presença de aromas em ambientes de saúde. Eles tanto podem desagradar por sua composição química como pela possibilidade de suscitarem associações psicológicas. Muitas pessoas associam ao famigerado cheiro de hospital com situações desagradáveis e assustadoras, como as doenças incuráveis ou a morte de entes queridos:

³¹ “O *Índice de reprodução de cores* mede quanto a luz artificial se aproxima da natural. Quanto maior o IRC, melhor, sendo este um fator preponderante para comparação de fontes de luz com a mesma TCC, ou para a escolha da lâmpada” (UFRGS, 2006, p. 3, grifo nosso).

O cheiro de medicamentos pode estimular a ansiedade, o medo e o estresse dos pacientes, enquanto os aromas agradáveis podem reduzir a pressão sanguínea e diminuir a percepção da dor (VASCONCELOS, 2004, p. 57).

Nesta pesquisa, ainda se sugere considerar duas outras qualidades de projeto fundamentais para o conforto do ambiente e que, portanto, requerem controle do usuário: a temperatura e a vibração do ambiente. O desconforto térmico – muito frio, calor, ou simplesmente a ausência de ventilação – pode impedir ou dificultar a realização de atividades pelos usuários, provocando estresse nos mesmos. Contudo, a temperatura pode ser facilmente controlada a partir de sistemas adequados de esquadrias, ventiladores e condicionadores de ar, que devem poder ser acionados por todos que habitam um determinado espaço. Já a vibração provocada por maquinários pesados precisa ser amenizada, de forma a não interferir no bem-estar dos indivíduos. A presença de barreiras ou a possibilidade de vedar aberturas próximas à fonte de vibração colaboram para diminuir seus efeitos.

Por último, é proposto um modelo (ver gráfico 05), que sintetiza a relação entre os **componentes promotores de bem-estar** – suporte social, distrações positivas e controle do ambiente – e os **elementos do ambiente** – o som, a forma, a luz, a textura, o aroma, a cor, a vibração e a temperatura – análogos aos conjuntos matemáticos. No gráfico percebe-se como o suporte social pode ser considerado uma distração positiva, já que é um conjunto que pertence ao conjunto maior das distrações positivas. Ambos componentes devem ser controlados e desta forma, pertencem ao grande conjunto controle do ambiente. Também se pode perceber a sua relação com os elementos do ambiente, como, por exemplo, som e forma pertencem ao suporte social e ao controle do ambiente, mas vibração e temperatura não pertencem ao suporte social.

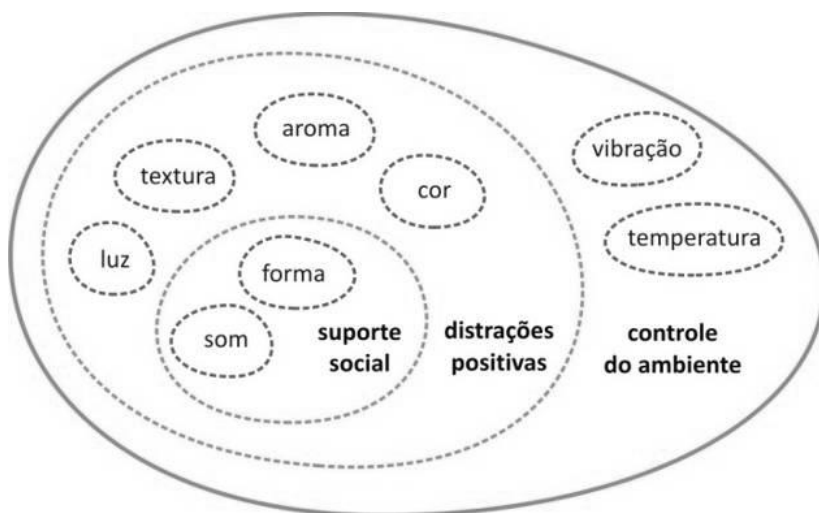


Gráfico 5 – Relação entre os componentes promotores de bem-estar e os elementos do ambiente.

Tão importante quanto os componentes promotores de bem-estar é a forma como cada indivíduo percebe o meio e por ele é influenciado. Um dado espaço pode estimular a ocorrência do suporte social, distrair positivamente as pessoas que nele estão e ainda oferecer a capacidade de controlar todos os elementos do ambiente; mesmo assim, inibir ou simplesmente não encorajar que relações humanas importantes nele ocorram, como a formação de territórios ou a sensação de privacidade. Assim, na seguinte seção serão explorados como o ambiente é percebido e de que forma o meio exerce influência sobre o comportamento das pessoas.

2.3 CONFIGURAÇÃO DO MEIO E COMPORTAMENTO DO USUÁRIO

Para aprofundar de que forma o ser humano interage com os ambientes no qual habita são de extrema importância as descobertas realizadas no campo da psicologia ambiental, que segundo Elsa Figueiredo (2005), é uma área de conhecimento que:

[...] debruça-se sobre as características físicas do ambiente e na inter-relação entre comportamento humano e o ambiente físico social, ou seja, analisa fenômenos sociais resultantes da ocupação e da transformação pela utilização de territórios (FIGUEIREDO, 2005, p. 304).

Robert Gifford (1987) organiza os temas abordados pela disciplina em três categorias de processos, sejam elas: **societais**, relacionados a processos intrínsecos a diferentes lugares, como o ambiente de trabalho, o lar e lazer e ao planejamento apropriado de cada um; **individuais**, ligados a percepção e avaliação do ambiente, personalidade e ambiente; e **sociais**³², constituídos por fenômenos de comportamento, como a privacidade, o espaço pessoal, a territorialidade, a aglomeração.

Bell et al (1978) ainda afirmam que as relações entre ambiente e comportamento dos indivíduos devem ser consideradas como uma unidade, em vez de separá-las em componentes supostamente distintos e autônomos. Em outras palavras, as relações existentes entre ambiente e comportamento são, na realidade, interrelações: o ambiente influencia, estimulando ou restringindo o comportamento, assim como o comportamento também leva a mudanças no ambiente (BELL et al, 1978).

Desta forma, neste capítulo serão abordados os processos individuais de percepção dos estímulos do meio pelos sistemas perceptivos assim como o resultado desta percepção traduzido em processos sociais de comportamento relacionados ao ambiente, na visão de diferentes autores.

³² Os processos sociais são também chamados de fenômenos de comportamento (SILVA, 2008). (VIDAL; VALERA, 1991 apud OLIVEIRA, 2008) os denomina aspectos ambientais.

2.3.1 Estímulos e percepção

Para Silva (2008, p. 43), a percepção é uma busca de conhecimento. Procura-se, através dos sentidos, de forma consciente ou inconsciente, conhecer os “ambientes, objetos e situações ao nosso redor”, apropriar-se da realidade, ou seja, “tudo o que existe, em oposição ao que é mera possibilidade, ilusão, imaginação e mera idealização” (RUDIO, 1978 apud OKAMOTO, 2002, p. 22)

Já para Vicente del Rio (1996, p. 3), a percepção é “um processo mental de interação do indivíduo com o meio ambiente que se dá através de mecanismos perceptivos propriamente ditos e, principalmente, cognitivos”. Os mecanismos perceptivos seriam os sistemas fisiológicos classificados por James Gibson, em 1966, sejam eles o sistema básico de orientação, o sistema auditivo, o sistema háptico, o sistema olfato/paladar e o sistema visual (ver quadro 4).

Quadro 3 – Os sistemas perceptivos.

Nome do sistema	Modo de atenção	Unidade receptiva	Anatomia do órgão	Atividade do órgão	Estímulo provocado	Informação externa obtida
Básico de orientação	Orientação geral	Receptores mecânicos	Órgãos vestibulares	Equilíbrio do corpo	Forças da gravidade e aceleração	Direção da gravidade, sendo empurrado
Auditivo	Audição	Receptores mecânicos	Órgãos cocleares com ouvido médio e aurícula	Orientação para os sons	Vibração no ar	Natureza e localização dos eventos vibratórios
Háptico	Toque	Receptores mecânicos e termo-receptores	Pele, juntas e músculos	Exploração de vários tipos	Deformação do tecido, configuração dos ligamentos, elasticidade das fibras musculares	Contato com a terra, encontros mecânicos, forma dos objetos, estado dos materiais
Olfato / Paladar	Olfato	Receptores químicos	Cavidade nasal	Cheirar	Composição do meio	Natureza das substâncias voláteis
	Paladar	Receptores químicos e mecânicos	Cavidade oral	Saborear	Composição dos objetos ingeridos	Valores nutritivos e biológicos
Visual	Visão	Foto-receptores	Mecanismo ocular	Acomodação, ajuste da pupila, fixação, convergência, exploração	As variedades da estrutura na luz ambiental	Tudo que pode ser especificado pelas variedades da estrutura óptica

Fonte: adaptado de GIBSON, 1966, p. 50.

Os mecanismos cognitivos estão relacionados com a inteligência do indivíduo, como a motivações, os humores, as necessidades, os conhecimentos prévios, os valores, os julgamentos e as expectativas. A combinação dos mecanismos perceptivos com os cognitivos faz com que cada experiência seja percebida de forma única pelos diferentes indivíduos que a testemunham; e desta forma, cada pessoa percebe a realidade de uma forma muito individual. Como afirma Yi-fu Tuan (1980), duas pessoas não veem a mesma realidade, nem mesmo dois

grupos sociais avaliam o meio ambiente da mesma forma, pois a sua interpretação estará ligada à cultura.

Da mesma forma, indivíduos ligados à mesma cultura, porém com idades diferentes, vão perceber os estímulos do meio de forma diferenciada. Sendo assim, nos espaços de recuperação pós-parto, o que percebe um bebê deve ser levado em consideração. Até a década de 60 estudos psicológicos e neurológicos consideravam que a função cortical³³ de um recém-nascido era pouco desenvolvida para acumular, recolher e armazenar experiências até os três primeiros meses de vida (THOMAS, CHESNI, DARGASSIES, 1960 apud BRAZELTON, 1987). Mas a partir da década de 70, estudos importantes passaram a relatar experiências perceptivas precoces nos bebês, ainda mesmo nas suas vidas fetais. Em 1974, Frederick Leboyer já apontava para a importância de valorizar a percepção auditiva, visual e tátil do RN, criticando inclusive as condições de conforto ambiental das salas de parto, por serem ambientes ofuscantes e barulhentos, e desta forma, agressivos aos sentidos dos bebês. Brazelton, em 1981, já observava reações na segunda metade da gestação com respostas diferenciadas do feto a estímulos auditivos e visuais, e apresentando capacidade de tolerar “estímulos desagradáveis ou de se ativar ainda mais face a estímulos preferidos” (p. 10), demonstrando claramente uma preferência do feto a um determinado gênero de experiências. Esse e outros estudos auxiliaram a evolução do entendimento sobre a capacidade dos bebês, que não mais foram vistos como uma caixa negra. Podia-se então afirmar que “o recém-nascido já apresenta uma organização muito sofisticada e que ele é dotado de todo um arsenal de funções que fazem dele um ser ativo e pré-adaptado [...]” (p. 28)."

Sobre a percepção visual do bebê, Brazelton et al (1978) afirmam que ele é capaz, já no primeiro dia de vida, de seguir um objeto interessante. Ele ainda prefere desenhos complexos aos simples, como um desenho representando o rosto humano ao invés de um amontoado de formas abstratas. A troca de olhar entre mãe e filho também é considerada um parâmetro da qualidade da interação entre eles. De outra forma, sobre a percepção auditiva sabe-se que desde o nascimento “o recém-nascido reage seletivamente a uma voz feminina e gira sua cabeça em direção a fonte sonora (p. 34).” Já sobre a

³³ As funções corticais constituem a base do processo de aprendizado.

percepção olfativa, Brazelton et al (1978) afirmam que o bebê “gira a cabeça seletivamente e preferencialmente em direção a uma fonte de odor de leite humano (p. 34)”.

De uma forma sintética, ainda vale lembrar que a percepção depende, sobretudo, das “condições físicas e psicológicas do observador, da capacidade do ambiente proporcionar informações e do contexto social e cultural em que esta relação pessoa ambiente está inserida” (VASCONCELOS, 2004, p. 64). Uma vez que as percepções são realizadas e processadas pelos indivíduos elas constituirão uma reação individual, uma tomada de consciência:

É nesta etapa de tomada de consciência que se processa a análise das percepções realizadas. Nesta análise é levada em consideração a bagagem de experiência anterior, avaliando a situação e traçando um plano de ação, ou seja, um planejamento do que será exteriorizado enquanto comportamento (SILVA, 2008, p. 51).

Fica claro, então, que a interação do usuário com o meio pode provocar reações em forma de comportamento: a distância considerada confortável que se estabelece entre as pessoas, por exemplo. Na próxima seção, serão tratados alguns padrões de comportamento intimamente ligados ao meio em que eles ocorrem.

2.3.2 Comportamento vinculado ao meio

A seguir serão explicitados alguns conceitos relacionados aos padrões de comportamento influenciados pelo ambiente, como a proxêmica e aos processos sociais, destacando o estudo do espaço pessoal, da territorialidade, da privacidade e da aglomeração.

d) Territorialidade

Segundo Gifford (1987), o fenômeno comportamental da territorialidade é bastante generalizado. Esse fenômeno pode acontecer em grande escala, na guerra e no comércio mundial, assim como em pequena escala, tais como a reivindicação de um lugar à

mesa, um casaco colocado em uma cadeira, cercas, fechaduras, e até mesmo o aviso de direitos autorais.

Territorialidade é um padrão de comportamento e atitude, detido por um indivíduo ou grupo, que se baseia na percepção, tentativa, ou controle efetivo de um espaço físico definível, objeto, ou ideia e pode envolver ocupação habitual, defesa, personalização, e a marcação do mesmo (GIFFORD, 1987, p. 137).

Segundo o sistema de classificação de Altman & Chemers (1980 apud GIFFORD, 1987), os territórios podem ser de vários tipos: primários – possuídos por indivíduos ou grupos e controlados por eles em uma base relativamente permanente, sendo territórios centrais na vida quotidiana –; secundários – portadores de significado moderado para seus ocupantes –; públicos – abertos a qualquer pessoa em boas condições com a comunidade. A tipologia de Lyman e Scott (1967 apud GIFFORD, 1987) propõe mais dois outros tipos: territórios de interação – áreas temporariamente controladas por um grupo de pessoas interagindo – e corporal – considera o eu físico como um território. O território corporal diferencia-se do espaço pessoal, porque nele a fronteira é a própria pele do indivíduo³⁴. Gifford (1987) também afirma que objetos e ideias também podem ser considerados territórios.

Quanto mais o ambiente projetado puder proporcionar territórios primários para cada pessoa, melhor. No caso de ambientes de saúde, Gifford (1987) sugere o emprego de armários com tranca, quadros de avisos visíveis e mais espaço de mesa para exibir fotos, livros e outros bens significativos. Em quartos duplos, marcações visíveis que dividem o ambiente em dois aumentam o senso de autoestima e adequação dos moradores. No caso das Enfermarias de AC, a relação da área pelo número de leitos é de menor importância se considerada a possibilidade de arranjos e a compartimentação do ambiente inteiro em pequenos territórios individuais. Segundo Robert Sommer (1973, p. 188), “o isolamento é mais um problema de barreiras que de metros quadrados”. A promoção de barreiras reforça o sentimento dos indivíduos de apropriação de um espaço específico,

³⁴ Ver o conceito de espaço pessoal de forma mais aprofundada na próxima alínea.

como cortinas e biombos. Ainda nessa linha segue Almeida (1995, p. 27), ao dizer que “os elementos arquitetônicos diretamente envolvidos nas demarcações são: muros limítrofes, grades, peitoris, portas, portões, paredes divisórias, cercas, marcas no chão, soleiras, e outros”.

De acordo com Lyman & Scott (1967 apud GIFFORD, 1987), os territórios podem ser infringidos de várias maneiras: pela invasão – um estranho fisicamente entra no território, geralmente com a intenção de tomar o controle que o seu atual proprietário tem do mesmo –; pela violação – incursão mais temporária no território de alguém, normalmente com o objetivo de causar aborrecimento e não é a apropriação; pela contaminação – o infrator suja o território de alguém deixando algo terrível ao sair.

Em contrapartida, os territórios também podem ser defendidos. Segundo Knapp (1978 apud GIFFORD, 1987), as defesas são de dois tipos gerais: de prevenção – pela utilização de marcadores, tais como casacos, toalhas, sinais e cercas –; de reação – pelo fechamento da porta ou até pela reação de levar, fisicamente, o infrator em flagrante à ação judicial por violação de patente ou de direitos autorais. Cashdan (1983 apud GIFFORD, 1987) ainda aponta um terceiro tipo: a fronteira social – usado nas fronteiras dos territórios de interação. A defesa dessa fronteira consiste em um ritual praticado pelos anfitriões e visitantes.

Assim sendo, a territorialidade funciona como o processo central de diversos padrões de comportamento, pois os territórios podem ser defendidos ou, por outro lado, atacados. Dentre os comportamentos vinculados aos territórios estão:

— *Personalização e Marcação*: Os dois termos se sobrepõem no sentido, mas a personalização é mais provável para se referir à decoração de um território primário ou secundário na base relativamente permanente de alguém. Já a marcação normalmente se refere à defesa de sua parte em um território público como banco de avião ou seu local de acampamento.

— *Agressão e Defesa Territorial*: A investigação em psicologia ambiental afirma que a agressão por territórios humanos não é realmente muito comum (EDNEY, 1976 apud GIFFORD, 1987). Em parte, tal fato se dá porque os seres humanos desenvolveram formas menos violentas para resolver disputas, sem o uso do constrangimento

físico – língua para negociar, costumes para orientar comportamento e um sistema jurídico para resolver a maior parte dos conflitos. Isto não quer dizer que os indivíduos não defendem os seus territórios, como por exemplo, mantendo a vigilância sobre os mesmos.

— *Dominância e Controle*: A territorialidade parece ajudar a controlar e dominar os territórios, mas esse fim é geralmente atingido passivamente, não envolvendo diretamente o assédio moral aos outros. No esporte, a vantagem do time da casa, por exemplo, pode ser usada para tentar controlar o andamento do jogo.

e) Espaço pessoal

O termo espaço pessoal foi criado por Katz, em 1973 (BELL; FISHER; LOOMIS; 1978); desde então, estudado por diversas áreas de conhecimento: biologia, antropologia, psicologia e arquitetura. Segundo Sommer (1973, p. 33), autor de destaque no âmbito da arquitetura, o espaço pessoal é uma fronteira não tangível, “[...] uma área com limites invisíveis que cercam o corpo da pessoa, e na qual os estranhos não devem entrar”, e diferencia-se do território corporal, pois nele a fronteira é bastante nítida: a pele do indivíduo.

Muitas vezes é descrita como uma bolha que envolve cada indivíduo; contudo não é aconselhável que se utilize essa descrição de forma muito literal. A analogia com a bolha pode trazer a ideia de o espaço pessoal tem sempre a mesma dimensão para todas as pessoas e em todas as situações, o que não é verdade. Os indivíduos têm zonas espaciais variadas, e a quantidade de espaço admitido entre uma pessoa e outra, se mais próximas ou mais distantes, vai depender da situação em que elas se encontram. Uma pessoa pode estar muito próxima da outra e sentir-se à vontade se, entre elas houver uma relação de intimidade. De outra forma, se forem estranhos, pode haver um sentimento claro de invasão de privacidade.

E mais, o espaço pessoal não se refere só ao corpo do indivíduo: ele pode ser estendido à mesa em que ele trabalha ou à cama em que ele deita. Bell, Fischer e Loomis (1978) também enfatizam que o espaço pessoal não se restringe a distância entre os indivíduos. O contato visual ou o ângulo de orientação do corpo também podem ser considerados aspectos sociais de interação relativos a este fenômeno (BELL; FISHER; LOOMIS; 1978; GIFFORD, 1987). Gifford (1987, p. 105)

define, então, o espaço pessoal como “o componente de distância das relações interpessoais. Também é um indicativo, e parte integrante do crescimento, manutenção e declínio das relações interpessoais”. Neste sentido, poder controlar a distância até o próximo significa ter privacidade. O autor ainda destaca três aspectos do fenômeno que ilustram as implicações desta definição:

— *Um território pessoal e portátil*: o espaço pessoal é portátil e independe do lugar onde a pessoa esteja, pois ela sempre estará cercada pelo espaço pessoal. Este espaço pode ser infringido de forma indesejada – quando alguém acidentalmente passa por ele – ou de forma autorizada – quando duas pessoas se abraçam. Não deve, contudo, ser confundido com outros territórios primários, descritos no processo de territorialidade, como o carro, por exemplo. Este pode ser considerado um território portátil, mas não se caracteriza como espaço pessoal, pois ele pode ser separado de seu proprietário.

— *Um mecanismo espacial*: alguns estudos avaliam não somente a distância entre os indivíduos, mas também o ângulo de orientação entre eles (lado a lado ou face a face).

— *Um meio de comunicação*: O espaço pessoal pode ser um meio de enviar mensagens segundo Edward Twitchell Hall (1977), comunicando os indivíduos participantes e observadores da natureza de suas relações. Como por exemplo, o pouco espaço mantido entre casais apaixonados comunica aos que encontram-se ao redor a intimidade e o carinho que sentem um pelo outro.

Já foi dito que o espaço pessoal pode variar de acordo com o indivíduo, mas quais são os fatores que influenciam as suas dimensões? Segundo Gifford (1987), são três categorias: as diferenças individuais, as condições situacionais e as variáveis culturais.

As **diferenças individuais** são basicamente as características da pessoa – personalidade, raça, cultura, estado de espírito, sexo, idade – que vão influenciar, diretamente, o tamanho do espaço pessoal que ela precisa. Como, por exemplo, os homens geralmente precisam de mais espaço pessoal do que as mulheres. Na tese de doutorado de Vera Helena Moro Bins Ely (1997), a partir de estudos do posicionamento de indivíduos em abrigos de ônibus utilizando o método da grade de

atributos (BINS ELY, 1997), a autora ratifica a diferença de espaço pessoal pelo gênero e idade dos indivíduos.

As **condições situacionais** são constituídas pela situação social e física de um dado momento, e podem aumentar ou diminuir a necessidade de espaço entre os indivíduos. Atração, cooperação e status semelhante requerem menor espaço do que situações de conflito ou diferença social.

Finalmente, as **variáveis culturais** são consideradas o maior fator de influência do espaço pessoal, como é o caso de grupos de indivíduos latino-americanos, que tendem a manter menor distância entre si se comparados a grupos de britânicos.

Hall (1959 apud GIFFORD, 1987) ao estudar as diferentes distâncias instauradas entre as pessoas, e o que tornava essas distâncias confortáveis para a integração social, desenvolveu uma abordagem para a gestão humana do espaço a qual denominou de *proxêmica*. Para Silva (2008, p. 52), a proxêmica “está ligada a maneira pela qual a pessoa escolhe seu lugar físico no espaço tendo como influência suas relações ambientais e sociais”.

Hall (1977) ainda define zonas de distância interpessoal, onde cada uma indica níveis de relações diferentes entre os indivíduos e intervalos de distância que ocorrem entre eles durante certas atividades, chamadas de dimensões ocultas: íntima – desde o contato físico, onde não há distanciamento, até uma distância considerada de muita proximidade –; pessoal – distância em que não há contato, variável conforme a situação –; social – não há toque ou contato físico – e pública – não há contato e a comunicação entre os indivíduos é mais difícil. Cada uma delas em uma fase próxima e distante (ver quadro 5). Ainda assim, vale lembrar que a possibilidade de regular as distâncias interpessoais está diretamente ligada à sensação de privacidade, uma vez que, havendo esta possibilidade de controle, pode-se definir o nível de intimidade que se deseja ter com o outro.

Quadro 4 – Graduações de distância interpessoal

Nome	Proximidade	Intervalo distância	Exemplo de atividade
Distância íntima	Próxima	0 – 15 cm	Lutar, fazer sexo, proteger, dar colo, dar carinho
	Distante	15 – 45 cm	Sussurrar para um colega ou familiar
Distância pessoal	Próxima	50 – 80 cm	Conversar intimamente com um amigo ou irmão
	Distante	80 – 120 cm	Conversar casualmente com um colega em um corredor
Distância social	Próxima	120 – 210 cm	Comprar em uma loja, se apresentar a alguém desconhecido
	Distante	210 – 350 cm	Interagir com profissional de uma empresa concorrente
Distância pública	Próxima	370 – 750 cm	Lecionar uma aula para um grupo de estudantes
	Distante	> 750 cm	Ser apresentado a uma autoridade de estado ou líder religioso.

Fonte: baseado em Hall (1977).

Contudo, a aplicação destes intervalos elencados por Hall deve ser ponderada. Ainda que elas sirvam como um ponto de partida para a análise do comportamento espacial, também foram geradas a partir de estudos de um grupo específico e “não devem ser generalizadas como características fixas e imutáveis dos seres humanos” (BINS ELY, 2008).

f) Aglomeração

Gifford (1987) define o processo de aglomeração como uma experiência desagradável de restrição espacial. Distingue-se da multidão³⁵, da densidade³⁶ e da percepção da densidade³⁷, não

³⁵ Multidão é a formação de uma grande massa de pessoas, reunidas por motivos irracionais ou pelo desejo de emergir em um sentimento de universalidade (ALLPORT, 1925 apud GIFFORD, 1987). Estudos afirmam que integrar uma multidão não leva necessariamente a sensação de aglomeração, sendo que muitas vezes pode ser uma maneira de extravasar a tensão do indivíduo (LAPIERE; FARNSWORTH, 1942 apud GIFFORD, 1987) e, ainda, que um sentimento ou comportamento dominante originado em determinada pessoa facilmente pode se espalhar e contagiar a toda a multidão em que ela se encontra (MCDUGALL, 1920; SIDIS, 1895 apud GIFFORD, 1987).

³⁶ Densidade é uma proporção de pessoas por unidade de área e difere da aglomeração, pois esta se refere a uma experiência, e não uma situação. Pode até ser relacionada com uma alta densidade, mas não necessariamente com a densidade em si (GIFFORD, 1987).

havendo, necessariamente, relação entre eles. É uma experiência multidimensional e pode referir-se tanto aos sentimentos negativos, próprios de um indivíduo – experiência interna, individual – quanto o aglomeramento de uma dada situação – experiência externa, relativa ao contexto. A sensação de aglomeração sofre influências pessoais, sociais e físicas.

As diferenças individuais – sexo, etnia, personalidade – são **influências pessoais** no processo de aglomeração, da mesma forma que influenciam o espaço pessoal: “questões como a sensação de controle do espaço e relativas à personalidade, como uma tendência de pessoas extrovertidas à fácil sociabilidade, fundamentam uma predisposição a experimentar menos estresse, mesmo quando há alta densidade nos ambientes” (SILVA, 2008, p. 57)

As **influências sociais** são aquelas provocadas por outras pessoas em um determinado ambiente e têm o poder de aumentar ou diminuir a sensação de aglomeração. Gifford (1987) lista algumas delas: a mera presença e o comportamento de pessoas ao redor, as alianças que tendem a formar pequenos grupos, a qualidade e o tipo de relacionamento entre os indivíduos e o tipo de informação que indivíduos em situação de aglomeração recebem.

Já as **influências físicas** associadas à aglomeração são: a escala — aglomeração pode ser sentida dentro de um alojamento, mas não necessariamente na cidade em que ele se localiza — e as variações arquitetônicas — alguns estudos apontam que mulheres percebem menos a aglomeração em um espaço se o ambiente tiver maior incidência de luz solar (GIFFORD, 1987). Uma vez que o indivíduo esteja experimentando a sensação de aglomeração, o indivíduo pode sofrer alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas.

Prejudiciais à saúde, as **alterações fisiológicas** são bastante comuns. Em um estudo realizado em presídios com excesso na sua capacidade de lotação, foram evidenciados por Cox, Paulus e McCain (1984 apud GIFFORD, 1987), aumento de pressão sanguínea e

³⁷ Percepção da densidade é a densidade estimada por alguém, não sendo, necessariamente, verdadeira (RAPOPORT, 1975 apud GIFFORD, 1987). Acredita-se que a percepção da densidade tem mais impacto no comportamento das pessoas que a densidade em si.

batimentos cardíacos, propensão a infecções por doenças por contágio³⁸ e outras alterações bioquímicas.

As **alterações comportamentais** ficam claras em situações de aglomeração. Os indivíduos tendem a caminhar mais depressa a fim de escapar daquele cenário. Em salas de aula com muitos alunos, as crianças podem até desistir de aprender (BARON; RODIN, 1978 apud GIFFORD, 1987).

De outra forma, as **alterações cognitivas** alteram a forma como os indivíduos percebem o mundo. Milgram (1970 apud GIFFORD, 1987) sugere que, em ruas muito movimentadas, as pessoas não param quando alguém tropeça, não por serem insensíveis, mas por estarem afogadas com a quantidade de estímulos que aquele meio lhes provoca a ponto de, simplesmente, não perceberem a queda do outro.

Desta maneira, é extremamente aconselhável que se evite o surgimento de situações de aglomeração nos ambientes projetados. Contudo, o desafio não é de simples solução:

Quando a aglomeração é um problema, a solução de projeto mais óbvia é aumentar o espaço disponível. Mas existem dois problemas com essa solução de comum acordo. Primeiro, questões financeiras nem sempre permitem a criação do espaço adicional. Segundo, como já vimos, a aglomeração nem sempre é um problema de alta densidade (GIFFORD, 1987, p. 193)

A alternativa se encontra nos arranjos espaciais. Em dormitórios coletivos, por exemplo, prover aos residentes maneiras de dividir o espaço comum, mesmo que com elementos leves e móveis, mesmo que não isolem a acústica entre os espaços criados, diminuem a sensação de apinhamento. A possibilidade de personalizar o espaço de cada um também aumenta o sentido de controle do ambiente e pode, assim, diminuir a sensação de aglomeração.

³⁸ Por contágio entende-se transmissão do agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo.

g) Privacidade

Segundo Gifford (1987), para se alcançar a privacidade é preciso fazer um balanço entre os desejos do indivíduo, o desejo de outras pessoas e o meio físico. Em princípio, a privacidade tem dois significados simplificados e comuns a muitos: ficar separado de outras pessoas e ter certeza de que outros indivíduos ou organizações não possuem controle do acesso a certas informações sobre eles; contudo, para a psicologia ambiental, a privacidade pode até levar os indivíduos a buscar maior interação social.

Para Gifford (1987, p. 199), a melhor definição do que é privacidade foi feita por Altman, em 1975, seja ela o “[...] controle seletivo do acesso a si mesmo ou ao seu grupo”. Neste conceito está embutido o senso de administração da informação sobre si mesmo e a administração das interações sociais, ou seja, “isto significa a possibilidade de usufruir de interação social em condições de garantir ou negar acesso” (ALMEIDA, 1995, p. 27).

Segundo afirma GIFFORD (1987), as preferências, as expectativas e a satisfação quanto à privacidade podem ser influenciadas pelas diferenças individuais, pelas condições situacionais e pelas variáveis culturais de cada indivíduo, da mesma forma que o espaço pessoal e a aglomeração também são influenciados.

Ainda, de acordo com Westin (1967 apud GIFFORD, 1987) a privacidade possui quatro funções distintas:

— *Comunicação*: tanto o tema social, quanto o tema da informação, está profundamente envolvido nesta função. As pessoas buscam a privacidade para proteger a informação que trocam com outras pessoas;

— *Controle*: a capacidade de poder escolher entre ficar só ou na companhia de outras pessoas propicia um sentimento de autonomia; por outro lado, não ter esta escolha deixa as pessoas com uma sensação de desamparo. Indivíduos em instituições totais³⁹ têm pouco controle sobre o nível de privacidade que possuem;

³⁹ Instituição total é o termo definido por Goffman (2001) como “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11).

— *Identidade*: solidão e intimidade são condições que podem ser usadas para avaliar a situação e o crescimento da vida de um indivíduo. No isolamento, pode-se refletir sobre o significado dos eventos cotidianos e buscar respostas mais autênticas e afinadas com o que diz a consciência de cada um;

— *Liberação emocional*: no isolamento é possível extravasar os sentimentos livremente, chorando, cantando ou até conversando com si próprio.

Ainda, de acordo com Gifford (1987), a privacidade também está intimamente relacionada com os outros processos sociais – territorialidade, aglomeração e espaço pessoal –, pois são todas maneiras em que as pessoas gerenciam o espaço social. Altman (apud GIFFORD, 1987) entende que a privacidade é o centro de todos esses processos, sendo o espaço pessoal e a territorialidade mecanismos de sua regulação e a aglomeração é a falha na procura da mesma.

Para que os ambientes proporcionem privacidade aos seus usuários não é necessário que cada indivíduo possua um compartimento isolado, o importante é dar a possibilidade de controlar o acesso dos outros. Almeida (1995, p. 28) sintetiza os elementos arquitetônicos ligados a esse processo social em “paredes, aberturas, disposição dos espaços e equipamentos, arranjo da mobília, acústica, quantidade de espaço, dimensões das salas, etc.”. Já Zimring (1982 apud GIFFORD, 1987) destaca que a promoção de privacidade está relacionada à hierarquia dos espaços, seja ela:

— *Espaços públicos*: lugares como *shopping centers* e calçadas, onde há a probabilidade de encontrar conhecidos e amigos ao acaso. Nessas situações, a privacidade pode ser alcançada com o arranjo espacial, com recantos onde estes breves encontros podem evoluir para uma conversa agradável, afastado do grande público.

— *Espaços semipúblicos*: A privacidade em lugares como a entrada de edifícios, jardins não cercados e salas de aula, é mais uma questão de arranjo espacial que facilita a interação entre as pessoas – como o arranjo de poltronas próximas no lobby de um hotel – ou seja, se caracteriza como um arranjo sociopetal. Por outro lado os espaços também podem desencorajar os encontros – como divisórias entre as mesas de estudo de uma biblioteca – ou seja, um espaço sociofugal.

— *Espaços semiprivados*: são lugares vivenciados por um grupo específico, onde estranhos dificilmente entrarão, mas também não são inteiramente proibidos, como em salas dos professores em uma escola ou em escritórios com mesas arranjadas em ilhas. As barreiras físicas podem funcionar visualmente, mas não acusticamente; a solução pode ser encontrada no incremento de área, que possibilite o afastamento entre grupos de pessoas que desejem uma conversa mais privada.

— *Espaços privados*: lugares como banheiros, quartos de dormir e automóveis possibilitam, por si só, maior interação social e sentido de controle do ambiente. Em estabelecimentos públicos, como as maternidades, por exemplo, é interessante que se promova a existência desses espaços, de forma a diminuir o estresse causado pela falta de privacidade.

De uma forma geral, é possível fazer uma relação entre os quatro processos sociais explorados e as estratégias promotoras de bem-estar, abordadas anteriormente. Como por exemplo, para que se alcance um ambiente favorável ao suporte social, é preciso haver um sentido de intimidade e conforto, onde possa haver a apropriação daquele lugar, ou seja, a territorialidade. Esta e outras relações entre as estratégias de projeto promotoras de bem-estar e os processos sociais – territorialidade, espaço pessoal, privacidade e aglomeração – serão estabelecidas na discussão de resultados do estudo de caso.

2.3.3 Traços físicos no ambiente

O comportamento dos indivíduos pode deixar, de forma inconsciente, traços nos ambientes, como o caminho cortando um gramado, ou podem ser mudanças nos ambientes feitas pelas pessoas de forma consciente, como por exemplo, uma cortina bloqueando uma passagem existente (ZEISEL, 2006).

Zeisel identifica seis categorias de traços, sendo a primeira – os **produtos de uso** – reflete o que as pessoas ocasionam nos ambientes enquanto que as categorias seguintes representam coisas que as pessoas fazem com os ambientes. Os produtos de uso podem ser:

- a) Desgaste e erosão, como a marca de cadeira que foram arrastadas contra uma parede.
- b) Vestígios, como migalhas de pão sobre uma mesa ou papéis com desenhos de criança no chão.
- c) Traços ausentes, pois um traço não encontrado também pode evidenciar o que não é realizado ali e assim levantar importantes questões sobre a configuração daquele espaço.

Já **adaptações pelo uso** correspondem às mudanças que os usuários fazem a um ambiente para que ele melhor se adapte ao que desejam fazer (como colocar um biombo entre duas camas de uma enfermaria). Desta forma, correspondem a essa categoria:

- d) Separações, como um vaso de flores deixado em uma varanda comum, separando a área destinada a cada apartamento.
- e) Conexões, como duas cadeiras que foram aproximadas para favorecer uma conversa íntima.
- f) Adereços, objetos adicionados ou removidos de um ambiente para favorecer uma atividade, como uma sacola de roupas deixadas sobre uma cadeira para facilitar o seu alcance.

As **manifestações de identidade** são modificações realizadas por uma pessoa para estabelecer um lugar como seu, para expressar como ela é pessoalmente. Fazem parte desta categoria:

- a) Personalização, como uma colcha feita à mão sobre um leito hospitalar, diferenciando-se das outras colchas e cobertores ao redor.

- b) Identificação, como uma placa com o nome na porta do quarto de uma criança.
- c) Sinais de participação de um grupo – religiosos, acadêmicos, políticos, étnicos, culturais e profissionais – como, por exemplo, a colocação da bandeira de um time na porta do quarto do bebê recém-nascido.

As **mensagens públicas** são avisos deixados nos ambientes através dos quais as pessoas utilizam para se comunicar com um grande público, até mesmo dizer algo de forma anônima. Constituem os itens desta categoria:

- a) Mensagens oficiais, como o aviso de “silêncio” em uma biblioteca;
- b) Mensagens informais, como um papel com uma oração fixada em um mural
- c) Mensagens ilegítimas, como pixações não autorizadas em um muro.

Em uma pesquisa, os traços deixados nos ambientes podem trazer informações importantes sobre comportamentos que normalmente não iriam ocorrer na presença de um pesquisador.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS APLICADAS

Uma vez que o objetivo geral desta pesquisa é propor diretrizes humanizadoras para projeto arquitetônico de Enfermarias de AC, considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas, optou-se pela realização de um estudo de caso que pudesse servir de objeto de análise, ilustrando situações reais e problemáticas.

Neste capítulo, serão apresentados a forma como foi realizada a escolha das instituições, bem como a definição dos ambientes analisados em cada uma, os métodos e as técnicas empregadas e a descrição dos experimentos realizados.

3.1 ESCOLHA DOS OBJETOS DE ANÁLISE

Esta pesquisa pode ser delineada como um estudo de caso (GIL, 2007) e optou-se pelo estudo comparado, devido à semelhança de uso e a possível divergência nos seus espaços arquitetônicos. Acredita-se que, desta forma, poderão ser encontradas situações de naturezas diferenciadas, favorecendo a ampliação dos dados e suas diversas análises e soluções.

Para eleger os estabelecimentos de saúde que constituíram o estudo de caso desta pesquisa, buscou-se identificar quais eram os estabelecimentos de maior importância dentro do município de Florianópolis. Para tanto, foram selecionados EAS públicos que prestassem Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal⁴⁰ e integrassem a rede do SUS na capital. Dentre estes, somente dois estabelecimentos oferecem leitos obstétricos clínicos – destinados aos casos em que exista alguma patologia grave na mãe, que requeiram acompanhamento clínico – e cirúrgicos – para casos de mães sem patologias graves – conveniados aos SUS (ver tabela 1), segundo dados do DATASUS (2006), sejam eles: o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) e a Maternidade Carmela Dutra (MCD).

⁴⁰ Também chamado de Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento.

Tabela 1 – Número de leitos obstétricos e cirúrgicos por estabelecimento conveniados ao SUS em Florianópolis – 2006

Maternidade	Leito para obstetrícia clínica	Leito para obstetrícia cirúrgica	Total
HU	4	22	26
MCD	12	43	55
Total	82	71	153

Fonte: criado a partir de dados do DATASUS (2006).



Figura 4 – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.



Figura 5 – Maternidade Carmela Dutra.

Outro fator importante para a ratificação da escolha dos objetos de análise foi a receptividade da administração de ambos os estabelecimentos e o interesse dessas pela concretização da pesquisa. Por fim, verificou-se, nestes estabelecimentos, a existência dos ambientes que se desejava estudar, as Enfermarias de AC. Optou-se pelo estudo destes espaços, pois se acredita que as suas características espaciais, especialmente com relação ao número máximo de leitos permitidos por lei, poderiam, potencialmente, impedir a apropriação do espaço pelas famílias que o ocupam.

Contudo, os objetos de estudo não apresentam o mesmo tipo de estrutura, isto é, enquanto o HU possui uma unidade de AC dentro do seu complexo hospitalar, a MCD consiste em uma instituição exclusiva para a atenção à saúde da mulher. Deste modo, esta pesquisa não pretende estabelecer comparações entre as soluções arquitetônicas encontradas, mas sim, avaliá-las separadamente com relação a critérios pré-estabelecidos.

3.2 MÉTODOS DE PESQUISA SELECIONADOS

Para a realização desta pesquisa foram selecionados diversos métodos e diversas técnicas, tendo como referência o livro de Lakatos e Marconi, Fundamentos de metodologia científica (2000), a apostila Notas de aula da disciplina: Avaliação de Desempenho do Ambiente Construído (RHEINGANTZ et al, 2007); sobretudo, o livro de John Zeisel, Inquire by Design (2006). O capítulo sobre métodos e técnicas, do memorial para exame de qualificação de doutorado de Patrícia Biasi Cavalcanti (2009) e o capítulo sobre métodos aplicados ao estudo de caso, da dissertação de mestrado de Leonora Cristina da Silva (2008) também foram de grande importância.

Pode-se afirmar que os métodos escolhidos foram aplicados em dois campos de ação: os trabalhos realizados em gabinete e em campo.

3.2.1 Trabalho de gabinete

3.2.1.1 Pesquisa documental e Pesquisa bibliográfica

Inicialmente, foi realizada uma Pesquisa documental e outra bibliográfica com o propósito de incrementar o aporte teórico sobre o tema desta pesquisa e sobre importantes conceitos que foram essenciais para a avaliação dos objetos de estudo e constam no capítulo de Fundamentação Teórica. Por definição, a pesquisa documental consiste na coleta de dados em arquivos públicos – documentos oficiais e publicações parlamentares –, arquivos particulares – material existente disponibilizado pelas instituições estudadas – e fontes estatísticas – dados estatísticos e censitários relevantes – sobre o tema deste estudo. Já a pesquisa bibliográfica “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo (LAKATOS; MARCONI, 2000, p. 183)”, incluindo a imprensa escrita, meios audiovisuais, material cartográfico e publicações.

Estes métodos também permitiram relacionar quais são as características das Enfermarias de AC apontadas pela literatura e pela legislação edilícia. Da mesma forma, pode-se entender como essas características influenciam os processos sociais – territorialidade,

espaço pessoal, privacidade e aglomeração⁴¹ – que ali ocorrem. Ainda foi possível relacionar, previamente ao estudo de campo, as particularidades dos principais usuários destes ambientes.

3.2.1.2 Preparação para o trabalho de campo

A seguir, foi elaborado o material para ser utilizado em campo, correspondente aos instrumentos da Visita exploratória e do Levantamento espacial – a Ficha de avaliação do ambiente –, o da Observação – a Ficha de observação – e os roteiros a serem utilizados na Entrevista semiestruturada focalizada.

3.2.1.3 Ordenamento de dados

Posteriormente ao trabalho de campo foi realizada em gabinete, a interpretação dos dados obtidos, a elaboração dos resultados, bem como traçadas as diretrizes de projeto e a forma como se daria a conclusão da pesquisa.

3.2.2 Trabalho de campo

3.2.2.1 Visita ou pesquisa exploratória

As visitas ou pesquisas exploratórias (LAKATOS; MARCONI, 2000) foram aplicadas nos dois objetos de estudo (MCD e HU) com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o tema da pesquisa. Para tanto, foi criada uma **Ficha de avaliação do ambiente**⁴², contendo os componentes promotores de estresse ou bem-estar (controle do ambiente, distrações positivas ou o suporte social) que devem ser constatados no ambiente⁴³.

3.2.2.2 Levantamento espacial

Durante a Visita exploratória, foi realizado um Levantamento espacial dos ambientes estudados em cada estabelecimento. Dados

⁴¹ Ver 2.3.2 – Comportamento vinculado ao meio.

⁴² Ver apêndice A.

⁴³ Ver 2.2.3 – Estratégias promotoras de bem-estar.

importantes, como a representação do leiaute existente, e outros itens, como o número de leitos, as características dos revestimentos e mobiliário, dimensões e condições a cerca do conforto ambiental – luz, temperatura, som e vibração – também foram registrados na **Ficha de avaliação do ambiente**, – mesmo instrumento da visita exploratória. Neste momento foi realizado também o registro fotográfico dos ambientes; contudo, somente foram fotografados os ambientes não ocupados no HU, por solicitação da chefia de enfermagem. Na MCD as fotografias foram tiradas de forma que não fosse possível identificar o rosto das mães, dos bebês ou dos acompanhantes.

3.2.2.3 Observação

Segundo Ander-Egg (1978 apud LAKATOS; MARCONI, 2000), a observação aplicada nesta pesquisa pode ser classificada como sistemática e não-participante. Pretendeu-se, com a observação, registrar tanto o **comportamento dos usuários** nos ambientes estudados, quanto os **traços físicos** deixados pelos mesmos. As observações foram aplicadas nos dois estabelecimentos selecionados.

É preciso ressaltar que, durante as observações, a pesquisadora teve a sua presença reconhecida pelos usuários, uma vez que foi preciso adotar uma posição, ora de pé em um corredor, ora sentada em um banco, dentro das enfermarias estudadas. De acordo com Zeisel (2006), a observação não velada pode afetar os comportamentos observados de várias formas, sendo que a mais saliente é o fato de as pessoas poderem mudar o seu modo de agir por saberem que estão sendo observadas. Zeisel também pondera que é possível que as pessoas observadas não confiem na isenção do pesquisador, deixando de ter comportamentos não autorizados pela instituição com medo da delação. Assim, esta possibilidade precisa ser levada em consideração na análise dos resultados.

Para amenizar este problema pode-se permanecer no local de observação por um tempo suficiente que permitisse que as pessoas se acostumassem com a presença do pesquisador. Contudo, a permanência da pesquisadora no ambiente parecia provocar desconforto às famílias que ali estavam; desta forma, o período de permanência nos ambientes foi reduzido, limitando-se de 30 a 60 minutos por dia.

Para sistematizar a Observação, foi elaborada uma **Ficha de observação**⁴⁴ baseada em um instrumento existente, já aplicado em outra pesquisa sobre quartos de internação aplicada no HU⁴⁵. Durante a permanência na enfermaria, era registrado – nesta ficha – o comportamento dos usuários. Cada observação durava cerca de dez minutos e para cada uma se utilizou uma ficha.

A ficha contém informações gerais, como local, data, hora da observação, assim como uma planta baixa com o leiaute da enfermaria e do banheiro adjacente – desenvolvida previamente com dados do Levantamento espacial –, para a marcação da posição dos usuários no momento da observação. Para cada posição prevista – sentado, em pé, caminhando ou deitado –, foram confeccionados carimbos, de forma que esse registro pudesse ser feito da maneira mais rápida possível, conforme mostra a figura 05. Os carimbos têm suas dimensões reduzidas para a escala 1/50, mesma escala em foram produzidas as plantas baixas das fichas.

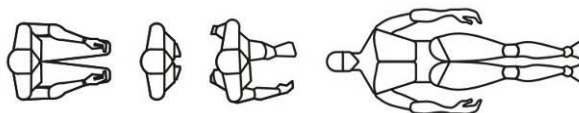


Figura 6 – Carimbos para registro da posição dos usuários.

Todavia, buscou-se também aprofundar alguns aspectos observados, tendo como referência a sistematização sugerida por Zeisel (2006). Desta forma, o instrumento foi dividido em três partes, sendo elas: indivíduos e atividades, espaço físico e traços físicos no ambiente.

a) Indivíduos e atividades

Na primeira parte, procura-se relacionar quem são os usuários presentes e quantos são (mães, funcionários e visitantes); quais são as atividades desempenhadas por cada um e em que contexto, por exemplo, antes ou depois do almoço.

⁴⁴ Ver apêndice B.

⁴⁵ A pesquisa citada – Avaliação Pós-Ocupação em Área de Internação Hospitalar: Estudo de Caso no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – foi realizada pelo Programa de Educação Tutorial do Curso de Arquitetura e Urbanismo (PET/ARQ - UFSC).

b) Espaço físico

Na segunda parte existem questões sobre as relações entre os indivíduos que o ambiente permite (auditiva, visual, tátil, olfativa ou simbólica). Hall (1966, apud Zeisel) aponta que conexões ou separações podem ser eficientemente descritas em termos do que se pode ver – visual; escutar – auditiva; tocar – tátil; cheirar – olfativa e perceber – simbólica. Por exemplo, duas pessoas conversando em um sofá podem se ver, ouvir, tocar, cheirar e sentir que estão no mesmo espaço.

Ainda sobre o espaço físico, existem questões sobre adereços que influenciam o comportamento: objetos implicam em opções óbvias de uso – pias em um banheiro público servem para lavar as mãos. Contudo, eles também implicam formas de uso inesperadas, limitadas somente pela capacidade física, imaginação e audácia de seus usuários – a pia para lavar as mãos pode servir de assento, bancada para maquiagem e até mesmo bebedouro, de acordo com a vontade de quem a usa. Estes objetos podem ser vistos como adereços para o comportamento (ZEISEL, 2006). Também é relacionado se existem ou não barreiras no ambiente – e de que tipo elas são –, se as condições de conforto – luz, som, temperatura e vibração – ou as características do espaço propriamente dito – forma, tamanho e orientação – têm influência sobre o comportamento das pessoas.

c) Traços físicos

A última parte da ficha contém categorias de itens que auxiliam na busca sistemática por indícios de atividades anteriores que não foram produzidas para serem percebidas por pesquisadores tendo como critério as categorias de traços identificadas por Zeisel (2006) ⁴⁶.

No instrumento, os itens referentes à categoria **produtos de uso** são: (i) desgaste e erosão, (ii) vestígios e (iii) traços ausentes. Para as **adaptações pelo uso** os itens observados foram (i) *separações*, (ii) *conexões* e (iii) *adereços*. Os itens que fazem parte da categoria **manifestações de identidade** são (i) *personalização*, a (ii) *identificação* e sinais de (iii) *participação de um grupo*. Finalmente mensagens (i)

⁴⁶ Ver 2.3.2 – Traços físicos no ambiente.

oficiais, (ii) informais e (iii) ilegítimas, constituem os itens da categoria **mensagens públicas**.

3.2.2.4 Entrevista não-estruturada focalizada

Pode se classificar as entrevistas realizadas como não-estruturadas e focalizadas, pois nelas constou “um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser” (ANDER-EGG, 1978 apud LAKATOS; MARCONI, 2000, p. 197). Este método foi aplicado durante as visitas exploratórias nas maternidades e para tanto foram elaborados três roteiros de entrevistas.

No primeiro roteiro⁴⁷, aplicado a um funcionário responsável do setor, há perguntas específicas sobre o estabelecimento, como desde quando ele existe e se é conveniado ao SUS e/ou algum outro convênio de saúde. O objetivo destas questões foi situar o momento de criação da instituição em relação ao PHPN e confirmar se a mesma além de ser conveniada ao SUS, oferecia serviços a convênios privados, pois se acredita que, assim sendo, poderiam ocorrer diferenças de tratamento às famílias.

Também foram formuladas questões sobre como se dá a chegada das gestantes e o atendimento a elas, para onde são encaminhadas e em que posição fica o acompanhante neste processo. Da mesma forma, foram elaboradas perguntas sobre a rotina do parto e sobre a recuperação pós-parto, bem como o ambiente em que a recuperação ocorre. Estes questionamentos permitiram compreender como cada lugar recebe a gestante e sua família e se há diferenças importantes de tratamento e de instalações físicas entre os estabelecimentos estudados. No roteiro, também foram incluídas questões sobre como a maternidade se preparou e se houve alterações físicas nos ambientes de recuperação pós-parto para atender ao PHPN. Estas entrevistas duraram cerca de 50 minutos, uma vez que cada pergunta normalmente gerava novas questões sobre o funcionamento do local.

No segundo roteiro⁴⁸, aplicado também a funcionários, foram feitas perguntas sobre a percepção em relação às características físicas

⁴⁷ Ver apêndice C.

⁴⁸ Ver apêndice D.

do setor e o comportamento das mães e acompanhantes nos quartos ou nas unidades. O terceiro roteiro⁴⁹, aplicado em puérperas, é muito semelhante ao segundo, pois também apresenta questões sobre a percepção do ambiente e o seu próprio comportamento. Em ambos os roteiros, nas perguntas relativas à percepção, indagou-se sobre a satisfação dos indivíduos em relação ao espaço físico e ao seus atributos – como beleza, conforto, iluminação e relação interiorexterior, entre outros. Já nas questões sobre o comportamento, procurou-se identificar a ocorrência de processos sociais – territorialidade, a privacidade, o espaço pessoal e a aglomeração. Estas entrevistas tinham duração de, aproximadamente, 15 minutos.

Antes de iniciar cada etapa, os entrevistados precisaram assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que apresenta informações sobre essa pesquisa, assim como ressalta a condição voluntária da participação de quem responde⁵⁰. As entrevistas foram gravadas e os trechos considerados mais relevantes foram transcritos nesta dissertação.

Cabe ressaltar que, durante as várias visitas a cada insituição, além das entrevistas não-estruturadas, houve oportunidades de conversar informalmente com funcionários, mães e familiares. Nestes momentos, foi possível confirmar questionamentos que surgiram durante as observações e que não foram previstos anteriormente.

3.2.2.5 Poema dos desejos

Criado por Henry Sanoff, o Poema dos desejos é um instrumento onde os indivíduos de pesquisa expressam – através de desenhos ou sentenças escritas – suas “necessidades, sentimentos e desejos relativos ao edifício ou ambiente analisado” (RHEINGANTZ et al, 2007, p. 35). Para tanto, pede-se para que o indivíduo complete a sentença “*Eu gostaria que o ambiente (fosse ou tivesse)...*”. O poema dos desejos foi incluído como uma questão nos roteiros das entrevistas. Foi importante mantê-lo em último lugar na ordem das perguntas, de forma que as demais perguntas pudessem levantar dúvidas sobre a qualidade do ambiente em estudo, e a resposta do entrevistado

⁴⁹ Ver apêndice E.

⁵⁰ Ver 3.5 – Ética em pesquisa com seres humanos.

pudesse cogitar melhores configurações espaciais, diferentes das que ele conhece até então.

É possível perceber, no seguinte quadro metodológico, como os resultados se relacionam com os métodos aplicados e os objetivos específicos definidos, para atender ao objetivo geral e responder à pergunta principal de pesquisa⁵¹.

Quadro 5 – Objetivos, técnicas e resultados esperados

Objetivos específicos	Técnica	Resultado esperado
Caracterizar espacialmente as Enfermarias de Alojamento Conjunto, levando em consideração a legislação edilícia.	Pesquisa documental	Relacionar o que diz a legislação edilícia sobre o ambiente em estudo.
	Pesquisa bibliográfica	Relacionar o que diz a literatura sobre o ambiente em estudo.
	Levantamento espacial	Registrar quais são as características ambientais dos objetos de estudo.
Elencar os diferentes usuários que participam da rotina dos objetos de estudo e entender quais são as necessidades de cada um.	Pesquisa bibliográfica	Relacionar o que diz a literatura sobre os usuários destes ambientes.
	Entrevista	Confirmar com os indivíduos quais são as suas necessidades.
Identificar como se dá a rotina e o comportamento dos usuários nesses espaços.	Observação	Observar sistematicamente as atividades durante um período de tempo específico.
	Entrevista	Perguntar aos indivíduos quais são as atividades que eles devem exercer no ambiente em estudo.
Avaliar se as características espaciais dos objetos de estudo permitem a apropriação destes espaços pelas famílias.	Pesquisa bibliográfica	Buscar na literatura a relação entre os elementos e os processos sociais.
	Observação	Observar o comportamento, a relação dos elementos arquitetônicos com o usuário.
	Entrevista	Percepção do usuário sobre os processos da territorialidade, espaço privado e privacidade.
	Poema dos desejos	Levantamento do imaginário dos usuários acerca do ambiente (junto à entrevista semiestruturada).

⁵¹ Ver 1.2 – Perguntas de pesquisa e 1.3.1 – Objetivo geral.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste trabalho pode ser dividida em dois grupos, de acordo com os seus interesses: público geral – mães de partos sem complicações, tanto normal quanto cesáreo; bebês; acompanhantes e visitantes – e funcionários da equipe atuante nas Enfermarias de AC – funcionários de manutenção, serventes, enfermeiros, auxiliares, obstetras, pediatras, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.

O comportamento da população e o posicionamento no ambiente foram registrados na Ficha de observação. Com relação à amostra, foram realizadas seis observações em cada insituição, totalizando 12 observações. Tanto no HU, quanto na MCD foram realizadas duas observações no período da manhã, entre o café da manhã e o almoço (07h30min às 11h00min), duas no período da tarde, entre o café da tarde e a janta (14h00min às 17h00min) e duas no período da noite, após a janta (17h00min às 21h00min).

Foram aplicadas 14 entrevistas não-estruturadas focalizadas, sendo oito no HU – uma aplicada ao funcionário responsável, três a membros da equipe e quatro a puérperas –; seis na MCD – uma aplicada ao funcionário responsável, duas a membros da equipe e três a puérperas. Para a escolha dos indivíduos entrevistados sobre percepção e comportamento buscou-se abordar somente aquelas mães que não realizavam qualquer atividade importante, como receber visitas, amamentar, comer ou repousar, de forma que a sua rotina fosse perturbada da menor forma possível, sendo essa a razão da diferença nas amostras em cada maternidade. A abordagem dos membros da equipe também seguia esse princípio, sendo somente os funcionários que aparentemente não realizavam tarefas, no momento das visitas, foram convidados a participar da pesquisa.

3.4 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Esta pesquisa seguiu a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aponta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Conforme informado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pesquisas realizadas em mais de uma instituição que possua *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* (CEPSH) devem ser aprovadas primeiramente pelo CEPSH da eleita *instituição sediadora* (MCD). As outras instituições, chamadas de *instituições vinculadas*, no caso a UFSC, homologam a decisão da sediadora. A decisão sobre qual deve ser a sediadora e quais devem ser as vinculadas é baseada em uma convenção, aprovada pelo CEPSH da UFSC. Desta forma, o projeto de pesquisa foi registrado no *Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos*⁵² (SISNEP), sendo posteriormente apresentado ao CEPSH da MCD, que aprovou a realização do estudo de caso no dia 21 de agosto de 2009. A aprovação final pelo CEPSH da UFSC se deu no dia 28 de setembro de 2009⁵³.

Sobre a *confidencialidade dos dados*, pode-se afirmar que todas as informações relativas aos resultados dos métodos envolvendo seres humanos – entrevistas e mapeamento visual – serão armazenadas em arquivo digital, no computador pessoal da pesquisadora principal, que garantirá o acesso restrito dos mesmos.

É importante ressaltar que os procedimentos adotados envolvendo os usuários não ofereceram risco algum aos participantes, nem sequer desconforto ou distresse. Ainda assim, os participantes foram livres para interromper sua participação a qualquer momento, através do contato disponível no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**⁵⁴. Também não houve despesas para os participantes, sendo que todos os gastos com a pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora principal.

⁵² Registro realizado no site no SISNEP (www.saude.gov.br/sisnep).

⁵³ Os documentos de aprovação foram reproduzidos nos anexos desta dissertação.

⁵⁴ Ver apêndice F.

4 RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO

Pretende-se fazer, neste capítulo, um mapeamento das atividades realizadas pelos diferentes tipos de usuários, assim como as características físicas do ambiente, considerando o que obriga a legislação e como os espaços se apresentam na realidade. Ressalta-se que, de uma forma geral, todos os dados foram tratados de forma qualitativa, e não quantitativa: somente o conteúdo e a essência das informações coletadas foram considerados.

Os resultados obtidos foram organizados por estabelecimento e, para cada um foi realizada uma caracterização espacial de suas enfermarias e da edificação em que estão inseridas. Posteriormente, foi verificado o atendimento aos condicionantes legais. Também foram produzidos quadros que organizaram os dados obtidos nas observações. Estes quadros avaliam a qualidade dos ambientes, os fatores de influência do bem-estar e procuram relacionar como esses fatores favorecem ou inibem os processos sociais. Finalmente foi elaborada uma síntese dos relatos mais relevantes de mães e funcionários obtidos nas entrevistas, sobre os temas abordados na avaliação da qualidade do ambiente.

4.1 MATERNIDADE CARMELA DUTRA (MCD)

A Maternidade Carmela Dutra (MCD), inaugurada em 1955, é a maior e, talvez, a mais importante da Grande Florianópolis, realizando até 50% dos partos ocorridos na cidade. Situada no centro da Capital (figura 7), a maternidade oferece serviços de especialidades como ginecologia, mastologia e oncologia ginecológica, além de atuar como hospital de ensino. Também possui títulos importantes, como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher, Hospital Amigo da Criança e Acreditação em Infecção Hospitalar. Atualmente, a instituição é tida como referência estadual na assistência obstétrica e neonatal, apresentando um dos menores índices de mortalidade materna do país; e é reconhecida internacionalmente com os programas de aleitamento.



Figura 7 – Localização da MCD em Florianópolis.

Localizada na Rua Irmã Benwarda, a MCD fica próxima a diversos estabelecimentos de saúde; entre eles, o Hospital Governador Celso Ramos (ver figura 8).



Figura 8 – Localização dos acessos na MCD.

A entrada da parturiente é sempre feita pelo acesso principal, o mesmo dos visitantes. Se ela não estiver em trabalho de parto imediato, a paciente é conduzida até o ambulatório; caso contrário, será levada para o centro cirúrgico ou para o Centro Obstétrico. Somente irão diretamente para o centro cirúrgico os casos em que o parto cesareano é urgente devido a alguma complicação maior. No Centro Obstétrico, em casos sem complicações, o estado de cada grávida será analisado com cuidado, a fim de determinar qual o tipo de parto é o mais indicado. Somente terá acesso ao parto, seja no Centro Obstétrico seja no Centro Cirúrgico, o acompanhante determinado pela mãe; outros familiares precisam aguardar do lado de fora, até a definição do quarto onde ela será internada.

Depois de ocorrido o parto, a paciente permanece sob observação durante a recuperação pós-anestésica, por um período de até duas horas. Passado esse momento, a mãe já se encontra no chamado puerperio ou pós-parto. A puérpera é, então, transportada em uma maca até uma das unidades de internação obstétrica, onde permanecerá por um ou dois dias no caso de parto normal, e por até três dias no caso de parto cesareano. Se não houver restrições médicas, a internação será sob o sistema de AC, seja nos quartos – com dois leitos –, seja nas enfermarias – com quatro, oito ou nove leitos⁵⁵. Existem três unidades de nove leitos cada, todas no pavimento térreo (ver figura 9).

Na figura pode-se também perceber a localização do sanitário público em relação às unidades. Cabe ressaltar que os acompanhantes são proibidos de usar o banheiro das enfermarias para tomar banho ou qualquer outro fim. Conforme relatado por uma mãe entrevistada, a falta de um banheiro adequado traz grande desconforto aos acompanhantes, que, muitas vezes, chegam à maternidade depois de uma jornada de trabalho, com as mesmas roupas que passaram o dia, e permanecem à noite nos quartos, junto às mães e bebês.

⁵⁵ Os quartos de dois leitos, assim como as enfermarias de quatro e oito leitos, são destinados às mães que tiveram intercorrências e, portanto, não farão parte deste estudo.

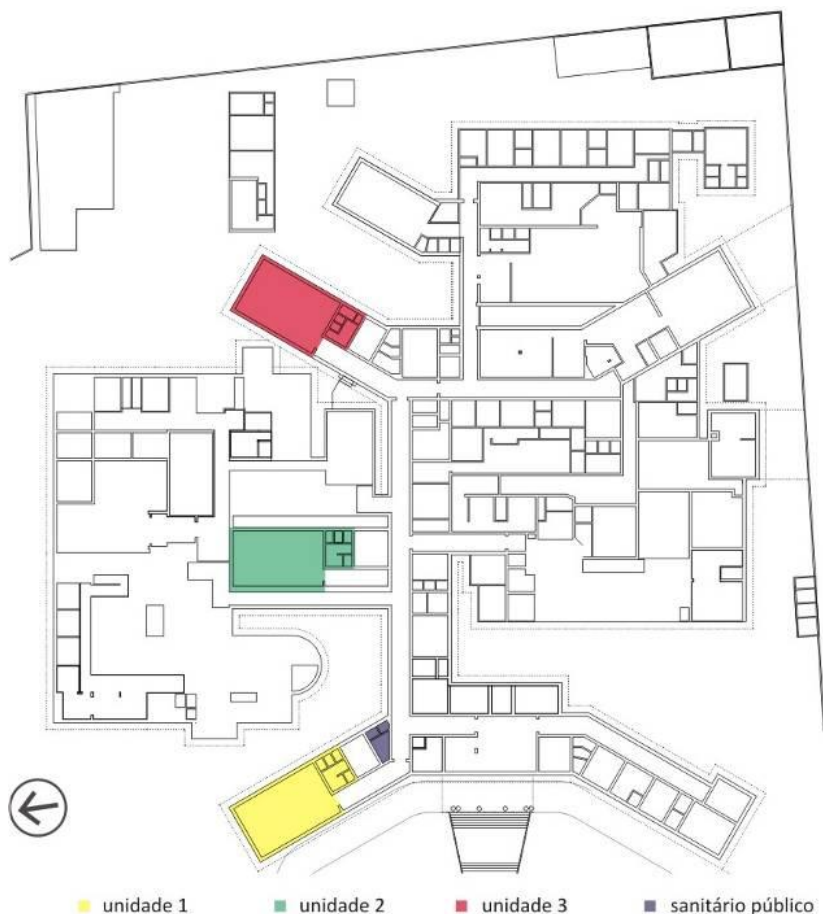


Figura 9 – Localização das unidades 01, 02 e 03 no térreo da MCD.

Na entrevista a mãe relatou que o pai do bebê utilizou a pia do sanitário público para lavar o corpo, pois neste sanitário não há chuveiro (ver figura 10).

Além do desconforto, o cuidado com a higiene também fica prejudicado. Dentro dos quartos, o ambiente é controlado, e procura-se mantê-lo sempre limpo, contra o risco de contaminação, tanto das mãos, quanto dos bebês: os funcionários usam avental, há em diversos lugares recipientes com álcool gel para higienização das mãos, assim como lembretes para lavar as mãos constantemente. Contudo,

considerando que, muitas vezes, o acompanhante segura o recém-nascido no colo ou até mesmo senta na cama da mãe, sua pele e suas roupas tornam-se uma fonte de sujeira e contágio⁵⁶ em potencial.



Figura 10 – Sanitário sem chuveiro para acompanhantes na MCD.

4.1.1 Rotinas das Enfermarias de Alojamento Conjunto

O funcionário que permanece por mais tempo na unidade é o técnico de enfermagem, e, em todas as unidades, sempre há um enfermeiro quem orienta as tarefas e presta assistência a quem as executa. Outros profissionais, como obstetras, pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e até mesmo estudantes, visitam as famílias de forma rotineira no turno da manhã. Ainda, há a equipe de zeladoria, que realiza a limpeza dos ambientes.

Ao comparar as rotinas dos dois estabelecimentos estudados, não foram percebidas diferenças relevantes na rotina do HU em relação a MCD, apenas pequenas variações nos horários em que são realizadas as atividades. Desta forma, será realizada com mais detalhes, uma exposição da rotina nas unidades da MCD, para melhor compreensão do funcionamento das Enfermarias de AC em geral.

O plantão diurno começa às 7h e a primeira tarefa do técnico de enfermagem é prestar Assistência ao Recém-nascido (RN). Para tanto, o técnico vai até o leito e leva o RN até a sala de Neonatologia. Lá, é realizada a pesagem do bebê. Posteriormente, o funcionário dá banho

⁵⁶ Entende-se por contágio a transmissão do agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo.

no bebê, que é vestido e levado novamente até o leito da mãe. O funcionário então deve prestar auxílio na amamentação, indicando a melhor forma de realizá-la. Neste momento, o técnico deve assistir a puérpera, realizando normalmente checagem dos sinais vitais – como o pulso, temperatura e pressão arterial. Este procedimento é, então, repetido, em cada um dos leitos ocupados.

Às 7h30 a equipe de nutrição serve o café da manhã, que é recolhido às 8h15. Ressalta-se que os acompanhantes devem realizar as suas refeições em outro local, por sua própria conta.

Por volta das 9h, o técnico deve prestar auxílio ao banho das puérperas. No caso de a mãe ter chegado recentemente do trabalho de parto, o funcionário deve prestar-lhe auxílio para levantar do leito e a acompanhar durante o banho; é provável que, ao levantar-se nas primeiras horas após o parto, a mãe tenha queda de pressão e até desmaie. Se a paciente já está há mais tempo na unidade e encontra-se bem disposta, ela, simplesmente, recebe orientações do funcionário para realizar o banho de forma segura. É importante ressaltar que as mães que realizaram parto cesareano sentem mais dor e precisam receber – como trocar a sonda, por exemplo – do que as mães que realizaram o parto normal. Após o banho, o técnico também deve verificar as condições da roupa de cama do leito, que, no caso de estar suja, deve ser trocada.

Às 10h o técnico deve administrar a medicação – como analgésicos e antiinflamatórios – quando necessária. Também é neste momento que se faz o controle de glicemia das puérperas que tiverem diabetes ou dos bebês que estiverem com o peso muito diferente do esperado, por exemplo. As mães vindas do parto cesareano também recebem cuidados especiais neste momento, como o controle da bolsa de urina ou troca do frasco de soro.

Também às 10h um pequeno lanche é oferecido às mães. Logo a seguir, às 11h10, o almoço é servido, sendo recolhido às 12h. A partir das 10h, inicia-se o processo burocrático de alta, com o preenchimento de respectiva documentação, no caso das puérperas que já tiverem condições, sendo que a maioria das altas ocorre neste horário do dia, pela própria rotina dos funcionários. Ainda, às puérperas é indicado que, além dos cuidados com o bebê, para que se agilize o processo de

alta, que elas pratiquem a deambulação⁵⁷. Neste momento é normal que elas circulem por outros lugares da maternidade, além da unidade onde se encontram internadas, como os corredores e pátios internos.

Durante o turno da manhã, também ocorrem as visitas médicas, momento em que são feitos exames dos mais variados, tanto na mãe, quanto no bebê.

É importante ressaltar que as tarefas do técnico de enfermagem precisam ser concluídas até as 12h, e que todo procedimento – medicação administrada ou temperatura registrada e todo os vovimentos da paciente – se tomou banho, se se alimentou ou até mesmo se urinou – precisam ser registrados nos prontuários da mãe e do bebê. Se houver espera de novos pacientes para internação, a equipe de zeladoria é chamada para realizar a higienização dos leitos imediatamente. No caso de não haver espera, a limpeza é feita rotineiramente no período da tarde.

Concluídas as tarefas, o funcionário entre em pausa para almoçar; ao retornar, repete todas as tarefas da manhã, exclusive a administração dos banhos.

Às 14h10min é servido o café da tarde, que é recolhido às 14h45min. As 17h15min a janta é servida, sendo a mesma recolhida uma hora mais tarde.

O plantão segue até às 19h, quando se inicia o chamado plantão noturno. Neste momento, entra uma nova equipe que ficará na unidade até a manhã seguinte. A esta equipe são delegadas as mesmas tarefas do turno diurno – checagem dos sinais vitais do bebê e da mãe, medicalização, controle glicêmico e assim por diante. Às 20h é oferecida às mães, uma ceia.

Como é frequente que algumas famílias tragam aparelhos de televisão na unidade, é comum que se desliguem os aparelhos e as luzes gerais da unidade, após o término da chamada Novela das oito.

Outro elemento importante na rotina é a presença do maqueiro, que tem a função de levar as mães da sala de parto ou do centro cirúrgico até os leitos. Esse permanece no estabelecimento até às 22h. Após esse horário e aos finais de semana, o transporte das puérperas deve ser feito pela equipe de enfermagem, seja pelos técnicos, seja pelo próprio enfermeiro.

⁵⁷ Deambulação é o ato ou efeito de deambular; passeio.

Uma diferença importante em relação à rotina do HU é o momento de chegada de uma nova paciente nas unidades. No HU não é necessário que se retire do quarto o mobiliário ou os próprios indivíduos para a entrada da maca, enquanto que no caso da MCD, a compartimentação do ambiente acaba por requerer mobilidade maior: para aproximar a maca do leito, é preciso que se retirem para o corredor os berços e as cadeiras. Normalmente, é solicitado ao próprio acompanhante que se retire até a acomodação da paciente.

Para melhor entender quais são as características espaciais onde essas rotinas ocorrem, será realizada, a seguir, uma caracterização das unidades citadas.

4.1.2 Caracterização espacial das unidades analisadas

As unidades estudadas (01, 02 e 03) possuem características espaciais bastante semelhantes; a diferença entre elas é, basicamente, a relação que cada uma tem com o exterior e as cores de seus revestimentos. A unidade 01 possui a maior relação com a rua, pois de suas janelas é possível visualizar o movimento dos carros e pessoas, assim como a rica vegetação dos jardins. A unidade três possui janelas com vista para um pequeno jardim da maternidade.

Já a unidade dois é a mais problemática, uma vez que as suas aberturas dão para um poço de luz e para um corredor interno da edificação. Por esta razão, optou-se por realizar o levantamento espacial de todas as unidades, mas aprofundar a análise na unidade dois. Ao longo do texto, serão citadas as diferenças em relação às outras unidades, se houver.

A unidade dois tem uma geometria retangular, e seus nove leitos são distribuídos, perpendicularmente, no sentido longitudinal, como se pode perceber na figura 11. Divisórias leves separam os leitos em boxes, dois a dois, com exceção do leito nove, que fica sozinho. Os boxes têm entrada por um corredor central e são fechados por cortinas. Ao lado do box individual, à esquerda do corredor, há a sala de neonatologia para os cuidados de higiene nos bebês. Ao lado dessa sala, há uma bancada com um tanque, que funciona como uma pequena copa. Junto à entrada, há também uma área de apoio aos funcionários da unidade. Na bancada, estão os prontuários de mães e

recém-nascidos. O banheiro das parturientes fica no lado direito da unidade, no início do corredor central.

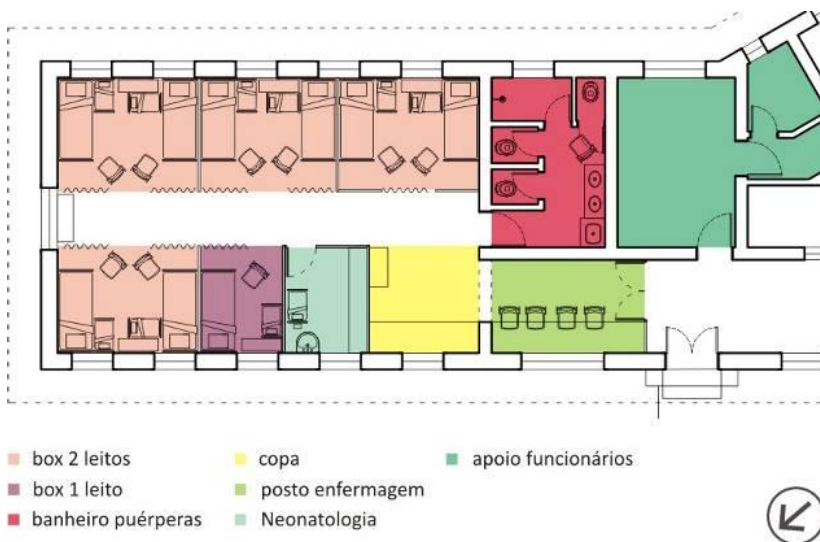


Figura 11 – Planta baixa da unidade 3 (sem escala).

Cada leito possui um conjunto de mobília associada (figura 12): uma luminária individual; uma pequena escada de metal, com degraus forrados com borracha, para facilitar a subida ao leito; um pequeno gaveteiro de madeira laminada, que serve como mesa de cabeceira e apoio para as refeições ou para a televisão trazida de casa; o berço de metal e acrílico e a cadeira do acompanhante (ver figura 13).



Figura 12 – Mobília associada ao leito: escada, gaveteiro e berço.



Figura 13 – Cadeira do acompanhante

4.1.3 Avaliação dos condicionantes legais

A primeira avaliação realizada foi a que diz respeito ao atendimento dos quartos à **legislação edilícia**. Sobre o dimensionamento, a unidade três possui área total de 62,40 m²; a unidade dois, 60,60 m² e a unidade um, 63,10 m². Todas as unidades atendem às exigências da RDC nº 36⁵⁸, possuindo área superior a área mínima de enfermarias com nove leitos, 54,00 m² (6,00m² por leito). Contudo, se considerada a divisão da unidade em diversos boxes, é possível realizar outra relação. Cada box de dois leitos possui, em média, 9,30 m² e a resolução indicano mínimo 12,00m² – 6,00m² por leito. Desta maneira, pode-se inferir que os boxes estão subdimensionados de acordo com a legislação.

No banheiro das unidades, a dimensão mínima de 275 cm respeita a indicação da Resolução – no mínimo 170 cm. Contudo, a falta de um ambiente exclusivo para o expurgo nas unidades faz com que a tulha de roupas sujas (ver figura 11) permaneça dentro do banheiro, dificultando a circulação no seu interior.



Figura 14 – Tulha dentro do banheiro.

Ainda sobre as exigências da RDC nº 36 outros critérios foram analisados para constatar se são atendidos, conforme demonstra o quadro a seguir:

⁵⁸ Ver seção 2.1.3 – A arquitetura dos ambientes de assistência obstétrica.

Quadro 6 – Avaliação dos condicionantes legais na MCD.

Exigências		Existente	
Enfermaria de AC	Ter no máximo seis leitos.	Tem nove leitos.	-
	Todos os quartos/enfermarias devem ter área adicional de 4,00m ² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.	Todos os quartos/enfermarias têm área adicional de 5,40m ² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.	+
	Prever berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera.	Há para cada leito, um berço e uma poltrona de acompanhante	+
	O berço deve ficar ao lado do leito da mãe.	Todos os berços estão ao lado dos leitos da mãe.	+
	O berço deve ficar afastado 60 cm de outro berço.	Os berços ficam com afastamento de 30 cm, em relação ao outro berço.	-
	Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de AC para mais de uma puérpera.	Não há qualquer tipo de medida que garanta a privacidade visual dos indivíduos dentro dos boxes.	-
	Prever instalação de água fria e quente.	Possui água fria e quente.	+
	Prever instalação de sinalização de enfermagem.	Possui sinalização de enfermagem.	+
Banheiro do quarto	Pode ser compartilhado por até dois quartos de dois leitos ou duas enfermarias de até quatro leitos cada.	É compartilhado por uma enfermaria de nove leitos.	-
	O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos.	Possui dois conjuntos de bacia sanitária, pia e chuveiro para 09 leitos.	-
	Ter dimensão mínima de 170 cm.	Tem dimensão mínima de 275 cm.	+
	Prever instalação de água fria e quente.	Possui água fria e quente.	+
	Deve prever instalação de sinalização de enfermagem.	Não possui sinalização de enfermagem.	-

Fonte: elaborado pela autora com base em BRASIL, 2008.

4.1.4 Avaliação da influência do meio sobre os usuários

A segunda avaliação realizada procurou relacionar os elementos do ambiente aos componentes promotores de bem-estar em oito quadros – um para cada elemento do ambiente⁵⁹. Ao mesmo tempo,

⁵⁹ Ver o gráfico 5, na seção 2.32 – Estratégias promotoras de bem-estar.

identificou de que forma os processos sociais eram favorecidos ou inibidos por cada item analisado.

O quadro apresenta no cabeçalho o elemento do ambiente que está sendo avaliado – forma, som, luz, cor, aroma, textura, temperatura ou vibração e o estabelecimento estudado – HU ou MCD. A primeira coluna indica qual componente promotor de bem-estar – suporte social, distrações positivas e controle do ambiente – será relacionado⁶⁰. A segunda apresenta um ícone com o sinal positivo, significando que o item em avaliação é um exemplo positivo do componente relacionado, ou negativo. A terceira coluna aponta em que local o item foi identificado, enquanto que a quarta possui a descrição do item propriamente dito. Na quinta coluna, há uma fotografia do item.






















Já as colunas quinta, sexta e sétima classificam como os processos sociais positivos para os indivíduos⁶¹ – espaço pessoal (representado pela letra E), privacidade (letra P) ou territorialidade (letra T) – são influenciados pelo item avaliado. Se novamente é apresentado um ícone com o sinal positivo, considera-se que a ocorrência do processo correspondente é favorecida; com o sinal negativo, ele é inibido. Se o processo avaliado não é influenciado pelo item analisado, as letras NA (Não se Aplica) serão incluídas.

Finalmente, a sexta e última coluna é relativa aos critérios inferidos – barreiras existentes, disposição das aberturas ou até mesmo o sistema das esquadrias, por exemplo. Estes critérios foram identificados entre os traços físicos observados no ambiente e na análise dos itens feita posteriormente às observações, em gabinete.

⁶⁰ Ver seção 3.2.2.3 – Observação.

⁶¹ Como foi explanado na seção 2.3.2 – Comportamento vinculado ao meio –, o processo social Aglomeração não foi avaliado na última coluna deste quadro, pois é um evento considerado negativo. Mesmo assim, quando a sua ocorrência foi percebida ela é citada no item da quarta coluna, descrição.

Quadro 8 – Avaliação da forma nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Suporte social	 Todas as unidades	As divisórias que separam a enfermaria em boxes, dividem o espaço em pares de leitos, o que aumenta a privacidade e a sensação de intimidade dentro de cada box (privacidade e territorialidade).		NA			Geometria
	 Corredor de todas as unidades	O corredor da unidade é estreito e não há espaço suficiente para circular com conforto, sem que se aproxime muito ou até esbarre em alguém.					Circulação
	 Todos os boxes	Também não há espaço de circulação entre os leitos e a divisórias, o que dificulta o trabalho da equipe ao ter que transferir a puérpera da maca para o leito ou fazer algum procedimento no lado do corpo da mãe que fica junto à divisória.					
	 Todos os boxes	O espaço reduzido dentro dos boxes faz com que as famílias fiquem muito próximas e invadam o território uma das outras (espaço pessoal, privacidade e territorialidade).					Dimensão
Distração positiva	 Todos os boxes	A altura do parapeito das janelas permite que da posição sentado no leito se visualize o exterior.		NA	NA	NA	Dimensão da abertura


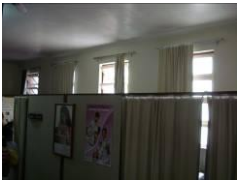






Quadro 8 – Avaliação da forma nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
	Todos os boxes	As aberturas possuem tela de proteção contra mosquito e vidro texturizado, que diminuem a visibilidade do exterior		NA	NA	NA	Transparência da janela
Controle do ambiente		Todos os boxes O leiaute dentro de cada box permite que cada família manuseie com facilidade a janela junto a seu leito (territorialidade). Contudo, a posição exatamente junto ao leito é de difícil acesso e torna o acionamento da esquadria bastante desconfortável.		NA	NA		Disposição das aberturas
		Todos os boxes As janelas são do tipo basculante, que não liberam totalmente o vão ao serem abertas. São de madeira, com acionamento feito por uma barra de ferro, de movimento bastante difícil e rígido. As puéperas mais fragilizadas não conseguem abrir as janelas de forma autônoma, tarefa geralmente realizada pelo acompanhante ou por um funcionário.		NA	NA	NA	Sistema das esquadrias
		Corredor de todas as unidades Cada box possui uma cortina para o fechamento (privacidade e territorialidade)					Barreiras
		Todos os boxes Não há barreiras físicas que isolem os leitos uns dos outros (privacidade), dando um sentido de espaço individualizado (espaço pessoal e territorialidade).					







Quadro 7 – Avaliação do som nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Suporte social	 Todas as unidades	As divisórias entre os boxes, que têm altura menor do que o pé-direito total da unidade, e a falta de barreiras de isolamento acústico entre os leitos (territorialidade), fazendo com que as conversas desenvolvidas em cada família sejam escutadas por todos que estão no quarto (privacidade). A regulagem no tom de voz (mais fraca e mais forte) a única maneira de não expor o conteúdo dos diálogos e conversas. Acredita-se que esta condição prejudica a qualidade das interações sociais, pois há menos condições de intimidade entre os indivíduos.		NA			Barreiras
	 Todas as unidades	A ausência de materiais que absorvam o som potencializa os ruídos internos do quarto e prejudica a qualidade dos diálogos desenvolvidos.		NA	NA	NA	Materiais empregados
Distração positiva	 Todas as unidades	É permitido às famílias trazerem seus próprios aparelhos de televisão ou rádio nos quartos, que são normalmente colocados no móvel de apoio, próximo ao leito (territorialidade).		NA	NA		Equipamentos
	 Todas as unidades	Com uma televisão ligada, os outros indivíduos são obrigados a assistir ou somente escutar a programação que o proprietário do equipamento escolhe (territorialidade e privacidade).		NA			Barreiras
	 Unidades 1 e 3	Sons de pássaros vindos do exterior pelas janelas são eventualmente escutados e provocam a sensação de proximidade com a natureza.		NA	NA	NA	Sons da natureza
	 Unidade 2	As janelas da unidade 2 são direcionadas para um corredor interno da maternidade e para um poço de luz, onde não há qualquer elemento natural presente.		NA	NA	NA	

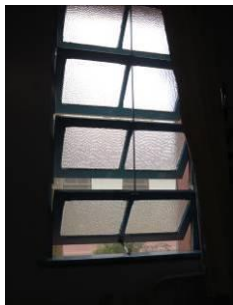



Quadro 7 – Avaliação do som nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	 Corredor da unidade	Não há como amenizar os ruídos vindos do corredor da unidade (privacidade e territorialidade).		NA			Vedação acústica
	 Todas as unidades	O choro de um bebê precisa ser tolerado por todos na unidade, mesmo que impeça o repouso dos outros (privacidade e territorialidade).		NA			




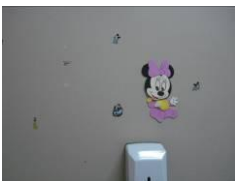


Quadro 8 – Avaliação da luz nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva	 Unidades 1 e 3	As janelas permitem acompanhar as mudanças de luz e a passagem do dia e da noite.		NA	NA	NA	Luz natural
	 Unidade 2	As janelas da unidade 2 são direcionadas para um corredor interno da maternidade e para um poço de luz, e a luz incide com menor intensidade, deixando o lado esquerdo da unidade praticamente na penumbra.		NA	NA	NA	
	 Todas as unidades.	A luz individual de cada leito é muito tênue, insuficiente para ler um livro ou revista.		NA	NA	NA	Luz para realização de atividades




Quadro 8 – Avaliação da luz nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	Todas as unidades.	A cortina das janelas bloqueia quase que totalmente a luz externa, permitindo a regulagem da iluminação natural no quarto.		NA	NA	NA	Vedação lumínica
	Todas as unidades.	A luminária individual permite iluminar cada leito de forma individual (territorialidade).		NA	NA	+	Alcance da luz individual
	Todas as unidades.	Ao lado de cada leito existe um interruptor de fácil acesso que permite acionar a luminária individual (territorialidade)		NA	NA	+	Acionamento da luminária
	Todas as unidades.	Ao acender-se as luzes da sala de Neonatologia ou do corredor da unidade iluminam-se também os boxes (territorialidade), principalmente o box ao lado desta sala. Também não há como bloquear dentro dos boxes a luminosidade da luminária individual do leito vizinho (territorialidade).		NA	NA	-	Barreiras luminosidade vizinha














Quadro 9 – Avaliação da cor nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva	Unidade 1	A unidade foi recentemente reformada e tanto o piso, quanto as paredes e o forro são em tons claros, próximos do branco. As cores são bastante neutras e claras e não podem ser consideradas estimulantes a ponto de distrair positivamente os indivíduos.		NA	NA	NA	Superfícies
	Unidade 2	O forro é branco, as paredes em tom marfim e a cor do piso de madeira é escuro. As cores são bastante neutras e claras e não podem ser consideradas estimulantes a ponto de distrair positivamente os indivíduos.		NA	NA	NA	
	Unidade 3	As paredes e forro são em tons de azul e a cor do piso de madeira é escuro.. As cores são bastante neutras e claras e não podem ser consideradas estimulantes a ponto de distrair positivamente os indivíduos.		NA	NA	NA	
	Todas as unidades	Ainda assim, em todas as unidades figuras coloridas foram coladas nas portas e paredes, possivelmente para alegrar o ambiente (territorialidade).		NA	NA	+	Adereços
	Todas as unidades	As cores dos pertences, sacolas, roupas e, sobretudo, a cor do cobertor do bebê, pois normalmente as famílias não utilizam o cobertor provido pelo hospital, são as únicas alterações de cor que o ambiente permite (territorialidade).		NA	NA	-	Objetos pessoais
Controle do ambiente	Todas as unidades	Todas as lâmpadas dos quartos, da luminária geral e individual de cada leito, são na cor branca, e refletem da mesma forma sobre as superfícies, mobiliário e indivíduos, não permitindo variações de cor e cenários dentro do ambiente (territorialidade). Sobre tudo, a luz fluorescente, branca e fria, em ambientes internos é interpretada pelo corpo humano como escuridão (GAPPEL, 1995), não trazendo benefícios a saúde (VASCONCELOS, 2004).		NA	NA	-	Opções de cor da luz



Quadro 10 – Avaliação da textura nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva	Unidade 1	As paredes, o piso e o mobiliário possuem superfícies bastante uniformes ao toque, sem variações de relevo.		NA	NA	NA	Uniformidade
	Unidades 2 e 3	As paredes e o mobiliário possuem superfícies bastante uniformes ao toque, sem variações de relevo. O piso é de madeira, agradável ao toque, mas desgastado em diversos pontos.		NA	NA	NA	
Controle do ambiente	Todas as unidades.	As poltronas dos acompanhantes são de plástico e é freqüente que sejam colocadas mantas ou lençóis para melhorar a sensação do toque, ao mesmo tempo em que se demarca aquele espaço como seu (territorialidade).		NA	NA	+	Sensação ao toque


Quadro 11 – Avaliação do aroma nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva	 Unidades 1 e 2.	Devido a uma questão cultural, é permitido às famílias manter as flores trazidas pelos visitantes dentro do box, no peitoril da janela (territorialidade).		NA	NA		Flores
	 Unidade 3	Já na unidade 3, criou-se um local para a colocação dos vasos, fora dos boxes (territorialidade).		NA	NA		
Controle do ambiente	 Todas as unidades.	Existe em cada unidade um par de ventiladores que auxiliam a dissipar os odores.		NA	NA	NA	Equipamentos
	 Banheiros de todas as unidades	No banheiro das puérperas a divisória baixa que separa o box da bacia sanitária do ambiente não impede que os odores sejam sentidos por quem utiliza a outra bacia, lavatórios ou chuveiros (privacidade e territorialidade).		NA			Barreiras
	 Todas as unidades	Não existem barreiras para conter o cheiro das fezes nas fraldas dos bebês, do sangue, do leite ou dos alimentos consumidos (territorialidade),		NA			

Quadro 12 – Avaliação da temperatura nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	 Unidades 1 e 3	Há em cada unidade há um par de ventiladores para melhorar a ventilação. Contudo, foi relatado que eles não são suficientes. Na ocasião das observações, novos aparelhos de ar condicionado estavam sendo instalados para melhorar o conforto do ambiente.		NA	NA	NA	Equipamentos
	 Unidade 2	Há um par de ventiladores para melhorar a ventilação. Contudo, foi relatado que a ventilação gerada muitas vezes é insuficiente.		NA	NA	NA	
	 Unidades 1 e 3	As janelas são bastante utilizadas para a regulagem da temperatura do ambiente, contudo não possuem qualquer tipo de brise-soleil ou proteção externa, além das cortinas, contra a radiação solar direta		NA	NA	NA	Vedação térmica
	 Unidade 2	Foi relatado que as condições de conforto (temperatura e ventilação) são bastante prejudicadas pelas janelas para o poço de luz e para o corredor interno da maternidade.		NA	NA	NA	

Quadro 13 – Avaliação da vibração nas unidades da MCD

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	 Todos os quartos	Não foram identificadas vibrações nos ambientes estudados durante as observações.	-	NA	NA	NA	Presença e barreiras.

4.1.5 Entrevistas realizadas na MCD

As entrevistas realizadas com mães e funcionários na MCD destacaram a diferença de expectativas entre ambos. Pode-se perceber que as mães encaram a unidade como um local de passagem, e os problemas do espaço físico foram pouco criticados. As entrevistadas valorizaram a organização funcional da MCD e o atendimento prestado, ao invés de prestarem atenção à qualidade do ambiente. Questões importantes como luz, ventilação e temperatura, foram pontuadas como falhas, mas de forma ponderada. Já o relato dos funcionários evidencia um olhar mais crítico e objetivo em relação aos problemas do espaço.

A qualidade da cadeira do acompanhante foi um dos itens mais citados, tanto por mães quanto por funcionários. Os problemas provocados pela cadeira vão desde o desconforto de uso, quanto a regras que são infringidas pelo mesmo motivo: adaptações de camas no chão do alojamento e até a invasão dos leitos das pacientes ou de leitos vazios. Uma funcionária confessou que é comum abrir as cortinas do box e “encontrar o pai dormindo com a mãe na mesma cama”. No seu relato destacou que, além da questão de higiene, o estado fragilizado da puérpera, principalmente daquelas que sofreram o parto cesareano, requer cuidados especiais de qualquer paciente que tenha realizado um procedimento cirúrgico e dividir o leito individual com outra pessoa pode prejudicar seus curativos. Os quadros a seguir ilustram o resultado das entrevistas, destacando os relatos considerados significativos aos temas em questão.

Quadro 14 – Síntese dos relatos na MCD sobre satisfação.

Pergunta	Relato mães	Relato funcionários
O que você mais gosta neste lugar?	“Aqui na Carmela é ótimo. Eu moro no centro, foi rapidinho pra chegar. Minha mãe me teve aqui e essa é a segunda vez que eu tenho filho aqui também.”	“Na realidade eu não gosto de nada... Algumas pacientes gostam pela interação, a troca de experiências... Não tem individualidade, mas tem interação.” “Eu não considero uma coisa positiva ter um pai, uma mãe e um bebê. E do ladinho, outro pai, outra mãe e outro bebê. Isso podia ser fechado, para eu ter o controle de trocar experiências quando eu quiser.”
O que você menos gosta neste lugar?	“Ahn, é ruim que você escuta tudo mesmo... Teve uma mulher passando mal ontem, bebê chorando... Sorte da que pegou aquela cama sozinha.”	“Falta de privacidade e o excesso de barulho.” “A unidade dois é péssima, tu não sabe se está chovendo, se tá fazendo sol...”

Quadro 15 – Síntese dos relatos na MCD sobre percepção.

Elemento	Relato mães	Relato funcionários
Som	“Hoje tem muito isso de trazer o notebook. Isso irrita. O barulhinho.”	“Quando tá lotada a unidade, dá 27 pessoas fixas ali, fora os funcionários. [...] Então é muita circulação, o barulho é muito grande.”
Luz	“Aqui é super escuro [unidade 02] de manhã tava um pouco melhor. Agora [17h30min] só com a luz acesa mesmo.”	“A iluminação [natural] da um e da três [unidades] é muito boa e a da dois, é muito ruim.” “A iluminação artificial é suficiente. Acho que é suficiente para leitura, mas elas [mães] não têm tempo pra isso”
Cor	“Acho que tem cor de hospital mesmo... Nem sei que cor é essa.”	“Eu gosto da cor mais viva, mais alegre... Então é por isso que eu gosto mais da três [unidade].”
Aroma	“Tem cheirinho de bebê, não é ruim... No banheiro às vezes fica um cheio forte de sangue, de absorvente usado.”	“A maternidade não tem cheiro de hospital, não sei te explicar, mas não chega a ser um cheiro ruim.”
Temperatura	“Ahn, tá ótimo. Eu trouxe um monte de cobertor também... Nem precisou usar os que tinham aqui.”	“A temperatura de outono e inverno é agradável, mas no inverno e verão é insuportável. E a dois [unidade] é a pior de todas.”

Quadro 16 – Síntese dos relatos na MCD sobre comportamento

Processo social	Relato mães	Relato funcionários
Territorialidade	“Falta espaço pra por as minhas coisas... Ganhei esse montão de presente, de flor. Tem a sacola com as coisas do [nome do RN], têm as minhas coisas... Tive que me espalhar por tudo [risos], mas acho que ela [mãe do leito ao lado] não se importa.”	“Tem paciente que chega com um baita vaso de flor e coloca ali. Aí chega a refeição e ele coloca o vaso no criado mudo da outra paciente, pra colocar o vaso ali.”
		“No inverno, se é frio, ele [acompanhante] já pega o cobertor da outra paciente. [...] A cortina ajuda a promover esse tipo de coisa”.
Espaço Pessoal	“É bem apertadinho aqui dentro. De noite os coitados [acompanhantes] ficam batendo as pernas, é chato.”	“Todas têm preferência pelo leito nove [leito individual], mas já que elas tão juntas, elas procuram se interar. Depende de cada uma.”
Privacidade	“Tem horas que eu fecho a cortina mesmo. É muita gente aqui dentro e a gente fica sabendo de tudo.”	“No leito nove a pessoa consegue ter um pouco de privacidade, mas quem tá de dois a dois, tem o marido da outra e tem que amamentar. Tem mães que não se sentem a vontade. Quando as acompanhantes são mulheres, elas ficam bem mais a vontade.”
Aglomeração	“Quando a minha mãe veio hoje, ficou apertado, não foi, amor [dirigindo-se ao acompanhante]? O pessoal aqui [mãe, acompanhante e bebê] do lado foi lá pra fora, ainda bem.”	“O espaço é pequeno e apertado. Ainda tem aquela cadeira horrível. Às vezes tem acompanhante invadindo a cama, fazendo cama no chão. Mas diminuir o número de leitos não pode.”

No poema dos desejos, beleza e conforto foram muito citados, pelas mães. Já os funcionários deram maior ênfase aos aspectos funcionais do alojamento, como os componentes promotores de bem estar (controle do ambiente e distração positiva – uma televisão para todas, para que não se tenham diversas televisões de forma simultânea) e os processos sociais (privacidade e territorialidade – uma cortina que separe e defina a área de cada leito).

Quadro 17 – Síntese do Poema dos desejos na MCD.

Relato mães	Relato funcionários
<p>Eu queria que aqui fosse mais bonitinho, que tivesse mais espaço. Essa cadeira de plástico [cadeira do acompanhante] tem que mudar, com certeza. Podia ser uma bem fofa, gostosa, que deitasse que nem uma cama.”</p>	<p>“Eu queria que tivesse uma poltrona adequada para o acompanhante, por que é muito importante que ele esteja junto, que tenha conforto.”</p>
	<p>“Quando tem televisão, a outra [mãe] tem que submeter. Então poderia ter uma televisão na unidade, para elas não trazerem.”</p>
	<p>“As camas poderiam ser separadas por umas cortinas, e quando abrisse, formasse um grande salão.”</p>

4.2 HOSPITAL POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU)

O Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, mais conhecido como Hospital Universitário da UFSC (HU) foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão que presta atendimento gratuito para a população desde 1980. A maternidade, inaugurada em outubro de 1995, permitia, desde o início, a presença de um acompanhante durante o parto, antes mesmo deste direito ser garantido por lei. Em 1997, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, assim como o Prêmio Galba de Araújo, em 2000. Atualmente, a maternidade do HU é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Localizado na Rua Profª Maria Flora Pausewang, dentro do Campus Universitário da Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina, o HU também fica próximo aos bairros Santa Mônica, Córrego Grande, Pantanal e Carvoeira (ver figura 12).



Figura 15 – Localização do Hospital Universitário em Florianópolis.

Na edificação, o acesso das parturientes se dá no pavimento térreo, junto à emergência⁶², onde é preenchida uma ficha de

⁶² Emergência é a unidade destinada à assistência de pacientes com risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

internação para, em seguida, ser realizada uma avaliação da mulher grávida, na Triagem Obstétrica, localizada no 2º pavimento. Se a gestante se encontrar em trabalho de parto, será encaminhada ao Centro Obstétrico. Em outro acesso do pavimento térreo, na ala ao lado da emergência, ocorre o acesso dos visitantes, que só podem entrar no hospital após a sua identificação e de forma restrita um visitante por vez, no período entre 13h30 e 19h30. Se a gestante ainda não tiver apresentado as condições para iniciar o trabalho de parto, ela aguardará na unidade chamada de Alojamento Conjunto, junto às mães que já deram a luz e vivem a recuperação pós-parto. A figura 13 destaca a localização dos acessos e do AC no complexo do HU.



Figura 16 – Localização dos acessos e do AC no complexo do HU.



Figura 17 – Placa orientando sobre a localização das unidades da maternidade do HU, no segundo pavimento.



Figura 18 – Unidade do AC.

Como demonstra a figura 16, no AC existem diversos ambientes de apoio aos funcionários e aos pacientes, sendo eles: Copa dos funcionários (02), Expurgo (03), Sala de Higiene do Recém-Nascido (04), Shaft (05), Sala de equipamentos (06), Copa dos pacientes (07), Sala de Vacinas (08), Rouparia (09), Área de estar e reuniões (10), Armário funcionários (11), Posto de enfermagem (12), Sala equipe (13), Chefia enfermagem (14), Sala de exames (15), Sanitário funcionários (16). Separados por uma porta, mas no mesmo corredor de circulação desta unidade encontram-se os ambientes da Sala de plantão (01), do Hotelzinho (17), da Sala de utilidades (18) e o do Núcleo de obstetrícia (19)⁶³.

⁶³ A definição numérica dos ambientes, exclusive dos quartos, não corresponde a nenhuma classificação por parte do HU e foi criada pela autora para garantir um melhor entendimento da edificação.

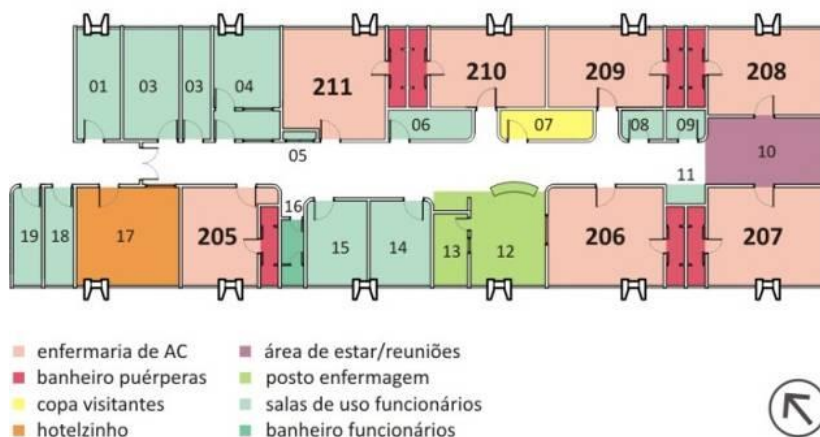


Figura 19 – Planta baixa da ala do AC do HU (sem escala).

Uma questão importante que pode ser constatada na análise da planta baixa é a ausência de sanitário para o acompanhante, junto à unidade do AC, havendo somente o sanitário para o público geral, no 3º pavimento. Uma mensagem pública oficial nas portas dos banheiros da unidade alerta sobre esta proibição (figura 20).



Figura 20 – Alerta aos acompanhantes sobre uso dos banheiros.

Os quartos estão identificados na figura 10 com a mesma numeração que os identifica no local, 205 a 211, contudo estes ambientes possuem funções distintas entre si. Os quartos 206 e 210 possuem cada um três leitos clínicos – casos de alto risco, em que exista alguma patologia grave na mãe, que requeira acompanhamento

clínico –, e o quarto 205 (figuras 18 e 19), possui somente um leito, para casos atípicos, como mães com pressão alta ou em situação de abortamento, em que o isolamento é recomendado.



Figura 21 – Quarto 205 para casos atípicos.



Figura 22 – Leito desativado no quarto 205.

Já os quartos 207, 208, 209 e 211 contêm leitos cirúrgicos – casos de mães sem patologias graves –, cada um com quatro leitos, sendo que o quarto 209 possui três leitos. Os quartos são considerados iguais, segundo o relato de uma enfermeira entrevistada. Contudo ela ressalta que o quarto 207 apresenta a desvantagem de ter a porta do banheiro muito perto do berço de um dos leitos e desta forma, procura-se ocupar este leito por último, sendo que, dependendo da lotação da unidade, nem sempre é possível. Já o quarto 209 foi considerado mais tranquilo, por ter somente três leitos.

A entrevistada acredita que a diferença na quantidade de leitos é relevante somente para a equipe de funcionários, pois facilita o cumprimento das suas atividades, ressaltando que a cada leito estão associados três indivíduos – mãe, bebê e acompanhante –; no quarto com quatro leitos, a população normal é de 12 indivíduos; com três leitos, nove indivíduos. Contudo, pondera-se aqui que somente uma mãe que já experimentou o quarto de três leitos poderia relatar que menos leitos por quarto seria mais confortável para ela, seu bebê e acompanhante. Esta situação dificilmente ocorre, em um mesmo período de internação. Assim, nesta pesquisa, definiu-se como ambientes de estudo, os quartos 207, 208 e 211, pois é neles que ocorre a situação mais crítica em termos de lotação.

4.2.1 Caracterização espacial dos quartos analisados

Os três quartos selecionados possuem características espaciais bastante semelhantes, e, desta forma, será realizada uma descrição detalhada somente do quarto 211. Da mesma forma em que foi realizada a avaliação na MCD, serão citadas as diferenças em relação aos outros quartos, ao longo do texto, se houver.

Conforme demonstra a figura 20, o quarto 211 possui praticamente, formato retangular com um pequeno banheiro adjacente para uso exclusivo das puérperas. No lado esquerdo, há um pequeno recorte junto à porta de entrada e ao leito 04⁶⁴, correspondente ao shaft; no lado direito próximo ao leito 02, alinhado com as janelas do quarto, há um grande pilar. O leiaute toma partido da forma retangular, distribuindo os quatro leitos nos seus quatro cantos gerados.

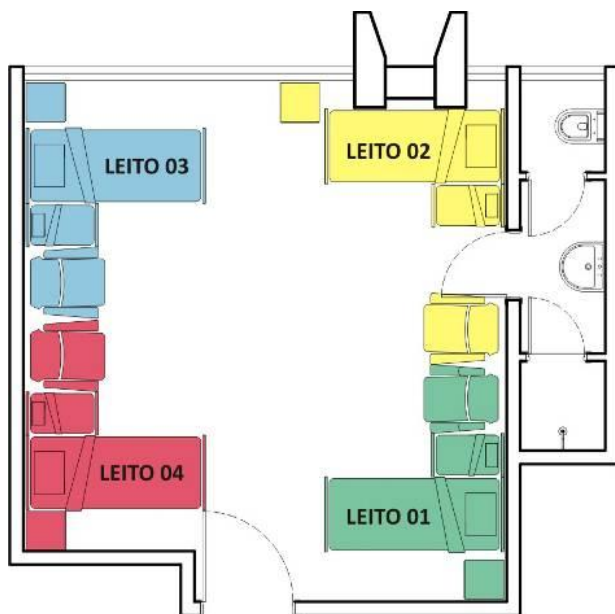


Figura 23 – Planta baixa do quarto 211

⁶⁴ A numeração dos leitos – de 01 a 04 – corresponde à convenção estabelecida pelo próprio HU.

Assim como na MCD, cada leito possui um conjunto de mobília associada (figura 15): uma luminária; uma pequena escada, uma mesa de apoio de metal com tampo de madeira laminada e rodízios para que a mãe faça suas refeições; um pequeno gaveteiro, que ora serve como mesa de cabeceira, ora como apoio para a televisão; o berço e a poltrona do acompanhante, que tem estrutura metálica e é forrada com couro sintético (ver figura 16). A poltrona é ajustável em diversas posições, o que proporciona mais conforto aos acompanhantes.



Figura 24 – Mobília associada ao leito 04: luminária, escada, mesa de apoio, gaveteiro, berço e poltrona.



Figura 25 – Poltrona do acompanhante.

4.2.2 Avaliação dos condicionantes legais

Assim como realizado na avaliação da MCD, a primeira avaliação realizada foi o atendimento das unidades a **legislação edilícia**. Sobre o dimensionamento, o quarto 211 possui área total de 29,40 m². Ambos os quartos 207 e 208 possuem 26,60 m². Todos os quartos atendem as exigências da RDC nº 36⁶⁵, possuindo área superior a área mínima de enfermarias com quatro leitos, 24,00 m² (6,00m² por leito). Ainda que as dimensões do quarto respeitem a legislação foi relatado nas entrevistas que o quarto é pequeno para 04 leitos, e que a movimentação no seu interior fica prejudicada, pois não há espaço suficiente para circular com conforto.

No banheiro a situação é ainda mais grave, pois a dimensão mínima (94 cm) sequer respeita o que indica a RDC (170 cm) e nos relatos, a dificuldade do uso do banheiro foi um dos problemas mais citados pelos membros da equipe. É muito comum que as mães se

⁶⁵ Ver seção 2.1.3 – A arquitetura dos ambientes de assistência obstétrica.

sintam mal, ou desmaiem nos primeiros banhos e as reduzidas dimensões do banheiro dificultam a assistência prestada pelos funcionários. Ainda sobre as exigências da RDC nº 36 outros critérios foram analisados, conforme demonstra o seguinte quadro:

Quadro 18 – Avaliação dos condicionantes legais no HU.
























	Exigências	Existente	
Enfermaria de AC	Ter no máximo seis leitos.	Tem quatro leitos.	+
	Todos os quartos/enfermarias devem ter área adicional de 4,00m ² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.	Não há no quarto, área reservada para cuidados de higienização do recém-nascido	-
	Prever berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera.	Há para cada leito, um berço e uma poltrona de acompanhante	+
	O berço deve ficar ao lado do leito da mãe.	Todos os berços estão ao lado dos leitos da mãe.	+
	O berço deve ficar afastado 60 cm de outro berço.	Todos os berços estão afastados mais que 60 cm de outro berço	+
	Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de AC para mais de uma puérpera.	Não há qualquer tipo de medida que garanta a privacidade visual dos indivíduos.	-
	Prever instalação de água fria e quente.	Possui água fria e quente.	+
	Prever instalação de sinalização de enfermagem.	Possui sinalização de enfermagem.	+
Banheiro do quarto	Pode ser compartilhado por até dois quartos de dois leitos ou duas enfermarias de até quatro leitos cada.	É compartilhado por somente uma enfermaria de quatro leitos.	+
	O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada quatro leitos.	Possui um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro para quatro leitos.	+
	Ter dimensão mínima de 170 cm.	Tem dimensão mínima de 94 cm.	-
	Prever instalação de água fria e quente.	Possui água fria e quente.	+
	Deve prever instalação de sinalização de enfermagem.	Não possui sinalização de enfermagem.	-

Fonte: elaborado pela autora com base em BRASIL, 2008.




4.2.3 Avaliação da influência do meio sobre os usuários

O mesmo procedimento realizado na MCD foi repetida no HU. Ao analisar os itens descritos, pode-se identificar os mesmos critérios inferidos na avaliação anterior, conforme pode-se perceber nos quadros de avaliação a seguir



Quadro 19 – Avaliação da forma nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Suporte social		Todos os quartos Os quatro cantos gerados pela forma retangular configuram quatro lugares distintos e permitem sua apropriação por cada família (territorialidade). Estes territórios aumentam a sensação de proximidade (espaço pessoal) e intimidade (privacidade), favorecendo o desenvolvimento de diálogo entre os indivíduos. Estes processos só são possíveis por que o leiaute dos quartos distribui os leitos de forma a aproveitar estes cantos.					Geometria
		Quarto 207 e 208 A circulação entre leitos permite a separação entre duas famílias, definindo claramente o território de cada uma (territorialidade), aumentando a distância física entre elas (espaço pessoal) e favorecendo sua intimidade (privacidade).					Circulação
		Quarto 211 A localização da circulação entre os leitos segrega a família que ocupa o leito junto à janela. A poltrona do acompanhante permanece mais próxima do leito vizinho, prejudicando a criação de territórios bem definidos (territorialidade e privacidade). Os acompanhantes das diferentes famílias precisam ficar lado a lado, em uma distância íntima (espaço pessoal), ao menos que haja o deslocamento das poltronas.					
		Todos os quartos As dimensões do quarto não permitem que os visitantes se aproximem dos leitos (espaço pessoal), sem invadir o espaço do leito vizinho (territorialidade). Quando o quarto está na sua ocupação máxima, mais de uma família recebe visitas ao mesmo tempo ocorre no ambiente uma sensação de aglomeração.			NA		Dimensão
Distração positiva		Todos os quartos A altura do peitoril da janela não permite a visualização do exterior pelos indivíduos deitados ou sentados.		NA	NA	NA	Dimensão da abertura
		Todos os quartos O vidro transparente, incolor e lido das esquadrias permite visualizar o exterior de forma plena		NA	NA	NA	Transparência da janela


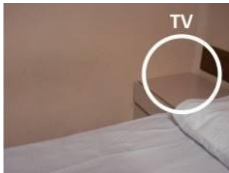

















Quadro 19 – Avaliação da forma nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	Todos os quartos	A organização do leiaute em relação às aberturas faz com que os ocupantes de alguns leitos tenham mais facilidade de controlar o fechamento das esquadrias dos que outros. Esta configuração desautoriza os indivíduos de outras famílias a controlarem o fechamento da cortina (territorialidade), sem invadir o território da mãe que ocupa esse leito ou permanecer bastante próximo a ele (espaço pessoal).		+	NA	+	Disposição das aberturas
	Todos os quartos	As esquadrias são de correr, de fácil manejo, e permitem a abertura de até 50% do vão.		NA	NA	NA	Sistema das esquadrias
	Todos os quartos	Não há barreiras físicas que isolem os leitos uns dos outros (privacidade), dando um sentido de espaço individualizado (espaço pessoal e territorialidade).		+	+	+	Barreiras

















Quadro 20 – Avaliação do som nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Suporte social	Todos os quartos	A falta de barreiras de isolamento acústico entre os leitos (territorialidade), faz com que as conversas desenvolvidas em cada família sejam escutadas por todos que estão no quarto (privacidade). A regulação no tom de voz (mais fraca e mais forte) a única maneira de não expor o conteúdo dos diálogos e conversas. Acredita-se que esta condição prejudica a qualidade das interações sociais, pois há menos condições de intimidade entre os indivíduos.		NA	+	+	Barreiras
	Todos os quartos	A ausência de materiais que absorvam o som potencializa os ruídos internos do quarto e prejudica a qualidade dos diálogos desenvolvidos.		NA	NA	NA	Materiais empregados












Quadro 20 – Avaliação do som nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva		Todos os quartos É permitido às famílias trazerem seus próprios aparelhos de televisão ou rádio nos quartos, que são normalmente colocados no móvel de apoio, próximo ao leito (territorialidade).		NA	NA		Equipamentos
		Todos os quartos Com uma televisão ligada, os outros indivíduos são obrigados a assistir ou somente escutar a programação que o proprietário do equipamento escolhe (territorialidade e privacidade).		NA			Barreiras
		Entorno da edificação Sons de pássaros vindos do exterior pelas janelas são eventualmente escutados e provocam a sensação de proximidade com a natureza.		NA	NA	NA	Sons da natureza
Controle do ambiente		Interior do quartos O choro de um bebê precisa ser tolerado por todos no quarto, mesmo que impeça o repouso dos outros (privacidade e territorialidade).		NA			Vedação acústica
		Corredor da unidade Ruídos vindos do corredor são amenizados com o fechamento da porta dos quartos. Mesmo assim, essa medida não isola totalmente os sons vindos da televisão para distração de mães e acompanhantes na Área de estar e reuniões (privacidade e territorialidade).		NA			
		Entorno da edificação A janela é fechada quando o barulho de carros vindos da rua é muito intenso.		NA	NA	NA	




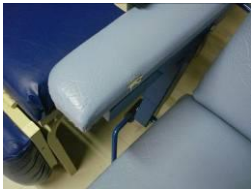

Quadro 21 – Avaliação da luz nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva		Todos os quartos As janelas permitem acompanhar as mudanças de luz e a passagem do dia e da noite.		NA	NA	NA	Luz natural
		Todos os quartos A luz individual de cada leito é muito tênue, insuficiente para ler um livro ou revista.		NA	NA	NA	Luz para realização de atividades
Controle do ambiente		Todos os quartos A cortina das janelas bloqueia quase que totalmente a luz externa, permitindo a regulação da iluminação natural no quarto, além de propiciar privacidade às mães, que freqüentemente precisam despir-se para amamentar seus bebês.		NA		NA	Vedação lumínica
		Todos os quartos A luminária individual permite iluminar cada leito de forma individual (territorialidade).		NA	NA		Alcance da luz individual
		Todos os quartos O acionamento das luminárias individuais fica na parte esquerda da luminária, ocasionando duas situações distintas: no caso dos leitos que ficam á direita da luminária, o acesso pelos indivíduos de pé é facilitado, enquanto que a mãe têm dificuldade para alcançar o interruptor. Já nos leitos alinhados à esquerda da luminária, a mãe consegue facilmente acionar a luz, enquanto que os indivíduos de pé, têm dificuldade para se aproximar do interruptor.		NA	NA		Acionamento da luminária
		Todos os quartos Não há como bloquear a luminosidade da luminária individual do leito vizinho (territorialidade).		NA	NA		Barreiras luminosidade vizinha




Quadro 22 – Avaliação da cor nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva		Todos os quartos As cortinas e algumas poltronas são em um tom escuro de azul. As poltronas mais novas são de um tom mais claro de azul e as cores do piso e paredes são bastante neutras e claras e não podem ser consideradas estimulantes a ponto de distrair positivamente os indivíduos.		NA	NA	NA	Superfícies
		Todos os quartos Existem pequenos desenhos coloridos nas paredes de toda a unidade, desde a época de sua inauguração (territorialidade).		NA	NA		Adereços
		Todos os quartos As cores dos pertences, sacolas, roupas e, sobretudo, a cor do cobertor do bebê, pois normalmente as famílias não utilizam o cobertor provido pelo hospital, são as únicas alterações de cor que o ambiente permite (territorialidade).		NA	NA		Objetos pessoais
Controle do ambiente		Todos os quartos Todas as lâmpadas dos quartos, da luminária geral e individual de cada leito, são na cor branca, e refletem da mesma forma sobre superfícies, mobiliário e indivíduos, não permitindo variações de cor e cenários dentro do ambiente (territorialidade). Sobretudo, a luz fluorescente, branca e fria, em ambientes internos é interpretada pelo corpo humano como escuridão (GAPPEL, 1995), não trazendo benefícios a saúde (VASCONCELOS, 2004).		NA	NA		Opções de cor da luz












Quadro 23 – Avaliação da textura nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva 	Todos os quartos	O piso, as paredes e o mobiliário possuem superfícies bastante uniformes ao toque, sem variações de relevo.		NA	NA	NA	Uniformidade
Controle do ambiente 	Todos os quartos	As poltronas dos acompanhantes são revestidas com couro sintético e é freqüente que sejam colocadas mantas ou lençóis para melhorar a sensação do toque, ao mesmo tempo em que demarca aquele espaço como seu (territorialidade).		NA	NA		Sensação ao toque



Quadro 24 – Avaliação do aroma nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Distração positiva 	Corredor	As flores trazidas pelos visitantes não são permitidas dentro dos quartos, pela possível presença de microorganismos patogênicos que geram risco de infecções. Existe, fora dos quartos, junto a Área de estar e reuniões um balcão para que sejam colocados os vasos, identificados com um o nome de cada mãe (territorialidade).		NA	NA		Flores

Quadro 24 – Avaliação do aroma nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	 Todos os quartos	Existe um ou dois ventiladores que auxiliam a dissipar os odores. Contudo o seu controle de acionamento não está posicionado em um lugar neutro dentro dos quarto, estando sempre mais próximo a um dos leitos, e, portanto, sob maior controle de quem ocupa (territorialidade).		NA	NA		Equipamentos
	 Banheiros dos quartos	No banheiro das puérperas a divisória baixa que separa o box da bacia sanitária do ambiente não impede que os odores sejam sentidos por quem utiliza o lavatório ou o chuveiro (privacidade e territorialidade).		NA			Barreiras
	 Todos os quartos	Não existem barreiras para conter o cheiro das fezes nas fraldas dos bebês, do sangue, do leite ou dos alimentos consumidos (territorialidade).		NA			

Quadro 25 – Avaliação da temperatura nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	Todos os quartos	Há em cada quarto um ou dois ventiladores, além de um aparelho de ar condicionado, para o controle da temperatura. Contudo o seu controle de acionamento não está posicionado em um lugar neutro dentro dos quarto, estando sempre mais próximo a um dos leitos, e, portanto, sob maior controle de quem ocupa (territorialidade). Além disso, foi relatado que a potência do ar muitas vezes é insuficiente.		NA	NA	—	Equipamentos
		As janelas permitem a circulação de ar no ambiente, mas não possuem qualquer tipo de brise-soleil ou proteção externa, além das cortinas, contra a radiação solar direta. Foi relatado que, durante o verão, a porta dos quartos normalmente permanece aberta para auxiliar a ventilação (privacidade).		NA	—	NA	Vedação térmica

Quadro 26 – Avaliação da vibração nos quartos do HU

Componente promotor do bem-estar	Local	Descrição	Imagem relacionada	E	P	T	Critério inferido
Controle do ambiente	Todos os quartos	Não foram identificadas vibrações nos ambientes estudados durante as observações.	-	NA	NA	NA	Presença de barreiras

4.2.4 Entrevistas realizadas no HU

Assim como nas entrevistas realizadas na MCD, o relato dos funcionários foi mais crítico e específico sobre os problemas do meio, do que o relato das mães, como se pode perceber nos quadros a seguir, sobre satisfação e percepção:

Quadro 27 – Síntese dos relatos no HU sobre satisfação.

Aspecto	Relato mães	Relato funcionários
Positivo	“Aqui é muito bom porque tem uma boa estrutura, né? Se a neném precisa de um exame, tem um monte de médico o tempo todo, é só chamar. A gente fica muita segura.”	“O HU já tinha essa coisa do acompanhante, antes de ser lei, até... Sempre teve, desde o início. E a cadeira que eles usam é boa, eles podem dormir bem à vontade.”
Negativo	“Acho tudo com cara de sujo, sabe? Eu sei que é hospital público, que faz parte... Mas eu não sou louca de por o pé no chão!”	“É bem apertado dentro dos quartos, mas o banheiro é o pior. Têm mãe que desmaia e a gente passa um sufoco pra segurar.”

Quadro 28 – Síntese dos relatos no HU sobre percepção.

Elemento	Relato mães	Relato funcionários
Som	“O que incomoda é o celular... Sempre tem alguém que esquece ligado”	“Às vezes é um problema. Se o bebê dá de chorar não tem o que fazer. Ai tem pai que pega, põem no colo, dá uma voltinha...”
Luz	“Aqui é bem iluminado, mas só quando a cortina tá aberta. Eu nem me importo, porque pra [nome da RN], o escurinho é bom.”	“A lâmpada em cima dos leitos ajuda quando a gente tá de plantão e tem que ver uma mãezinha ou um bebezinho... Não tem que acordar todo mundo.”
Cor	“Nada combinada com nada. Prefiria que fosse tudo branquinho.”	“Essa pintura é a mesma desde que inaugurou o alojamento, já até me acostumei.”
Aroma	“Aqui tem cheiro é de fralda [risos]. Mas se eu tiver problema com isso, já é meio tarde.”	“O alojamento não tem cheiro de hospital. É diferente aqui. Não tem cheiro forte de remédio.”
Temperatura	“Acho que tá boa, nem frio, nem quente. O [nome do pai] acha quente, mas ele sua muito.”	“Ahn, no verão é muito quente. Tem vezes que alguém lembra de abrir a porta pra entrar um ar. O ar não dá conta”.

Os relatos acerca de privacidade e aglomeração tiveram as respostas mais críticas. A maioria de mães e funcionários relatou a falta de privacidade e o desconforto em relação ao espaço reduzido.

Expressões como “cheio”, “lotado” e “abarroado” evidenciam o sentimento de aglomeração nos quartos.

Quadro 29 – Síntese dos relatos no HU sobre comportamento.

Processo social	Relato mães	Relato funcionários
Territorialidade	“Eu sei que esse aqui [referindo-se à mesa de cabeceira] é meu. Mas eu trouxe muita coisa. Não cabe tudo e fica tudo espalhado no chão mesmo.”	“Acontece mais quando tem um leito vazio. Daí tem visita que senta na cama, senta na poltrona do acompanhante.”
Espaço Pessoal	“Ah sim, a [nome da mãe ao lado] mora ali em coqueiros, quase do lado de casa. Já trocamos telefone e tudo.”	“Dá de tudo aqui, depende da pessoa. Tem umas que entram mudas e saem caladas. Essas aí devem odiar ter que dividir o quarto, ainda mais apertadinho do jeito que é.”
Privacidade	“Eu fico com vergonha de tirar o peito pra fora, mas fazer o quê? A criança tem que comer.”	“Ter um quarto só pra ti sempre é melhor, mas é muito bom assim. Ficar com vergonha tem umas que ficam, mas o pior é quando tem casal que briga. Aí, todo mundo tem que olhar pro teto, dar uma voltinha...”
Aglomeração	“É bem apertado aqui. Mas é por pouco tempo, já vou ter alta.”	“Nossa, é muito cheio. Quando tem visita então, tem que ser uma por uma. Às vezes sobe mais e não tem o que fazer, porque veio uma criança junto. Não vai deixar ela lá embaixo, é claro! Mas é muita gente no mesmo lugar!”

No Poema dos desejos, duas questões foram muito citadas: a chamada “alegria” do ambiente – infere-se que se trate das cores e materiais empregados – e a melhoria das condições para receber o acompanhante. Algumas funcionárias mencionaram o desconforto do sentido ao ter que tomar banho fora da unidade, fora do quarto. A poltrona também foi mencionada, tanto por funcionários, como pelas mães. Uma mãe, inclusive, relatou que gostaria de uma cama para o acompanhante, em vez da cadeira.

Quadro 30 – Síntese do Poema dos desejos no HU.

Relato mães	Relato funcionários
<p>“Eu gostaria que esse quarto fosse mais alegre, só. Seria legal ficar sozinha, ou pelo menos ter uma cortininha, também.”</p> <p>“Eu queria que esse quarto tivesse uma cama pra [nome da acompanhante] dormir. Ela trabalha de dia, chega aqui no fim da tarde e tem que dormir nessa poltrona...”</p>	<p>“Eu gostaria que ele fosse mais apropriado, mais agradável, para receber a mãe e recém-nascido, e o acompanhante. [...] Meia luz na cabeceira para privacidade com o filho: o que tem não é adequado. Já pensaram nas divisórias, mas poderia ficar sem luz natural. O ar está mal posicionado, o banheiro podia ser maior... Tudo isso”.</p>

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para discutir os resultados obtidos nos estabelecimentos estudados foram analisados os critérios inferidos na avaliação da influência do meio sobre os usuários. Os critérios dos ambientes foram organizados no seguinte quadro 31.

Quadro 31 – Critérios inferidos nos quadros de avaliação da influência do meio.	
Elemento avaliado no quadro	Critério inferido
Forma	Barreiras; Circulação; Dimensão; Geometria; Disposição das aberturas; Dimensão da abertura; Transparência da janela; Sistema de esquadrias.
Som	Barreiras; Vedação acústica; Equipamentos de áudio e vídeo; Materiais; Sons da natureza.
Luz	Barreiras; Vedação lumínica; Luz natural; Alcance; Acionamento; Luz para atividades.
Cor	Cor da luz Superfícies Adereços Objetos pessoais
Textura	Toque; Uniformidade.
Aroma	Barreiras; Climatização; Flores.
Temperatura	Vedação térmica; Climatização.
Vibração	Barreiras.

Contudo, ao analisar tais critérios, surgiu a necessidade de agrupar os critérios por temas de discussão, como por exemplo, os que se referem à qualidade das aberturas e esquadrias em um tema (*Aberturas*), e os que se referem à iluminação artificial, em outro (*Luminárias*). Esta relação fica clara no seguinte quadro:

Quadro 32 – Critérios inferidos agrupados por assunto.

Critério	Tema de discussão
Barreiras – forma (controle do ambiente)	Barreiras
Barreiras – som (suporte social, distração positiva)	
Barreiras – aroma (controle do ambiente)	
Barreiras – luz (controle do ambiente)	
Barreiras – vibração (controle do ambiente)	
Circulação – forma (suporte social)	Circulação
Dimensão – forma (suporte social)	Dimensão
Geometria – forma (suporte social)	Geometria
Vedação acústica – som (controle do ambiente)	Aberturas
Vedação lumínica – luz (controle do ambiente)	
Vedação térmica – temperatura (controle do ambiente)	
Disposição das aberturas – forma (controle do ambiente)	
Dimensão da abertura – forma (distração positiva)	
Transparência da janela – forma (distração positiva)	Luminárias
Sistema de esquadrias – forma (controle do ambiente)	
Luz natural – luz (distração positiva)	
Alcance – luz (controle do ambiente)	
Acionamento – luz (controle do ambiente)	
Cor da luz – cor (controle do ambiente)	Equipamentos
Luz para atividades – luz (distração positiva)	
Áudio e vídeo – som (distração positiva)	
Climatização – aroma (controle do ambiente)	
Climatização – temperatura (controle do ambiente)	
Toque – textura (controle do ambiente)	Materiais
Materiais – som (suporte social)	
Superfícies – cor (distração positiva)	
Uniformidade – textura (distração positiva)	
Adereços – cor (distração positiva)	
Objetos pessoais – cor (distração positiva)	Adereços
Flores – aroma (distração positiva)	
Sons da natureza – som (distração positiva)	Integração interior/exterior

A seguir, os temas de discussão serão tratados detalhadamente:

a) Barreiras

A presença de barreiras foi considerada o critério com maior influência sobre o bem-estar e o comportamento dos usuários.

As barreiras físicas, que impedem tanto o **toque**, quanto a **visualização** entre as pessoas, sejam fixas – paredes e divisórias – sejam móveis – biombos e cortinas –, além de favorecer o controle do ambiente, permitem que os sentimentos de privacidade em relação aos outros, e de apropriação do lugar, ou seja, territorialidade. Permitem, sobretudo, que haja menos espaço entre os indivíduos, sem que eles

sintam que o seu espaço pessoal está sendo invadido. Por exemplo, como no caso da MCD, onde as pacientes ficam lado a lado em seus leitos separadas somente pelos 3 cm de espessura da divisória que separa os boxes. Se não houvesse tal barreira, o mesmo distanciamento poderia causar desconforto às mães.

Ainda assim, divisórias leves não oferecem isolamento **acústico** aos leitos. Uma barreira que – além impedir a relação tátil e visual – permitisse o controle das relações auditivas proveria maior privacidade entre os indivíduos, assim como a proteção do território. Desta forma, as relações humanas, como carinhos e conversas íntimas, poderiam ocorrer com mais conforto, incentivando assim o suporte social às famílias.

Outra importante forma de barreira em ambientes de saúde é a contenção de **odores**, tanto para o sentido de controle do ambiente, quanto para promover privacidade e territorialidade às famílias, como por exemplo, poder controlar a invasão de um odor desagradável em um território que considera seu. Contudo, no caso das Enfermarias de AC, os cheiros – de leite, de sangue, de comida, os das primeiras fezes dos bebês – não são considerados um fator de estresse, tanto para as mães, quanto para os funcionários nas entrevistas realizadas. Uma barreira que controle a **luminosidade** indesejada vindas de fontes externas é também uma forma de exercer o controle do ambiente e proteger o seu território.

Finalmente, mas não menos importante, são as barreiras contra fontes de **vibração**. Mesmo que estas não tenham sido identificadas no estudo de caso, e que não influenciem os processos sociais avaliados (espaço pessoal, privacidade e territorialidade), as vibrações indesejadas são importantes causas de estresse nos indivíduos, e, portanto, no caso de existirem, precisam ser barradas.

b) Circulação

A Circulação adequada foi outro importante critério inferido, tendo impacto principalmente sobre o suporte social. As inúmeras tarefas da equipe de funcionários, como o transporte de pacientes sob macas e as visitas constantes aos leitos, criam nos ambientes um intenso fluxo de pessoas circulando.

No caso da MCD, não é raro que, nestes momentos, a maca esbarre no mobiliário ou em alguém. Frequentemente, o funcionário também precisa pedir aos acompanhantes que se retirem do ambiente, para que possa realizar os procedimentos na mãe e no bebê, no espaço de circulação ao lado do leito. Ao mesmo tempo em que a circulação mal dimensionada dificulta o cumprimento das tarefas dos membros da equipe, também traz desconforto às famílias, que precisam sair do ambiente. Quando estas atividades ocorrem no horário de visita, todos precisam colaborar e deslocar-se de suas posições, muitas vezes interrompendo o momento íntimo que é a visita à mãe e ao recém-nascido.

De outra forma, a distribuição de fluxos dentro de um ambiente pode causar grande impacto na formação de territórios. No caso do HU, em alguns quartos, a circulação até o banheiro das pacientes reforça e demarca o espaço de cada família. Contudo, quando a circulação divide o grupo de mobiliário associado ao leito, ficando posicionada entre o leito e a poltrona do acompanhante, ela enfraquece o domínio daquela família sobre o território que lhe pertence.

c) Dimensão

Outro critério destacado é o dimensionamento da área destinada a cada leito. Em Enfermarias de AC, o espaço destinado a cada leito precisa considerar o seu uso por até 3 usuários: mãe, bebê e acompanhante. Contudo, com a presença dos funcionários e eventualmente dos visitantes, é freqüente que os indivíduos fiquem bastante próximos, invadindo o espaço pessoal de cada um, os territórios formados e prejudicando a privacidade das famílias.

No HU a ausência de barreiras fixas cria um espaço em comum nos quartos e ameniza os problemas trazidos pelo dimensionamento, ainda que não os resolva na sua totalidade. Contudo, na MCD a situação é mais problemática, devido à compartimentação do ambiente. Se por um lado a presença da divisória é uma barreira que separa as pessoas, por outro, a área configurada pelas mesmas é bastante reduzida

d) Geometria

A geometria constitui outro valioso critério em Enfermarias de AC, pois os cantos gerados pelas formas retangulares propiciam neles a criação de territórios, onde a privacidade dos indivíduos pode ser mais facilmente protegida. Mas esse processo só é possível se o leiaute do ambiente tomar partido desta forma.

No caso do HU, existem quatro leitos para quatro cantos; portanto, o leiaute atende à geometria dos quartos. Já no caso da MCD, os nove leitos são divididos dois a dois, e a geometria acaba não impactando seus usuários da mesma forma que no HU. Contudo, se não houvesse tais barreiras e se os leitos permanecessem na mesma posição em que se encontram atualmente, aqueles posicionados junto às paredes estariam em posição mais vantajosa para criar territórios do que os outros.

e) Aberturas

Diversos critérios inferidos estão diretamente relacionados com as qualidades das aberturas, sejam portas ou janelas, nos espaços. É importante que as vedações das aberturas sejam acústicas, impedindo a entrada de ruídos externos ao ambiente. Também precisam ser lumínicas, de forma a controlar a entrada de luz natural no meio. Ainda é necessário que as vedações sejam térmicas, ou seja, que impeçam as trocas de calor em um ambiente climatizado. Todas as vedações estão relacionadas ao controle do ambiente; porém, em ambos os estabelecimentos estudados, a ausência da vedação acústica foi o critério que mais teve influência nos processos sociais, principalmente em relação à privacidade.

Outro importante critério é a disposição das aberturas nas paredes em relação ao leiaute dos ambientes. Como por exemplo, conforme o seu posicionamento, um objeto pode impedir o acesso a uma porta ou janela, o que diminui a possibilidade dos indivíduos de controlar o ambiente. Sabendo que o conjunto de mobília associada ao leito configura uma área pertencente à família que o ocupa, ao tentar acessar uma abertura dentro desta área, pode-se invadir o espaço pessoal, o território e até a privacidade dos mesmos, como acontece no caso do HU. Já na MCD, a vinculação dos leitos com a posição das

janelas permite que cada um tenha controle de uma janela, e até exercer domínio sobre ela.

Também é favorável ao controle do ambiente que o sistema de abertura das esquadrias seja o mais fácil possível, como no caso do HU, onde as folhas de alumínio são de correr. Entretanto, na MCD, as o sistema é constituído por folhas basculantes de aço, e pela falta de manutenção, são de difícil acionamento.

As aberturas também são fundamentais para atender diversos critérios relacionados às distrações positivas, já que podem propiciar a relação interior/exterior. As dimensões – altura da janela e do parapeito – e a transparência – tipo de vidro empregado – podem facilitar ou dificultar a visualização através das janelas, como no caso da MCD, onde o vidro é texturizado. Além disso, poder acompanhar a passagem do tempo, pelas mudanças da luz natural também é considerada uma distração positiva diretamente relacionada à qualidade das esquadrias.

f) Luminárias

As qualidades das luminárias nas Enfermarias de AC estão ligadas a diversos critérios inferidos. Tanto o alcance da luminosidade gerada pela luminária individual, como a posição do sistema de acionamento da mesma estão relacionados à possibilidade de controle do ambiente.

Outro critério que, apesar de não ter sido identificado nos estabelecimentos estudados, acredita-se poder contibuir para o bem-estar dos indivíduos é aquele que diz respeito às opções de cor da luz individual, uma vez que possibilitaria a criação de diferentes cenários nos ambientes. Como por exemplo, uma luz com cor fria para a realização das tarefas dos funcionários e uma luz com cor quente, para trazer mais aconchego nos momentos de repouso. Tanto no HU, quanto na MCD, as cores de todas da luz de todas as luminárias era branca.

Em ambos os estabelecimentos, a luminosidade gerada pela luminária individual, foi considerada insuficiente para a realização de atividades, o que poderia impedir distrações positivas, como a leitura ou certos trabalhos manuais. Entretanto, nas entrevistas foi relatado por mães e funcionários que, por ser considerado um local de

passagem, dificilmente tais atividades seriam realizadas. Contudo, questiona-se se as atividades não são realizadas, justamente por não haver condições no ambiente que lhes favoreçam.

g) Equipamentos

Alguns critérios inferidos estão relacionados a equipamentos presentes nas Enfermarias; sobretudo os equipamentos de climatização artificial, como ventiladores e condicionadores de ar, ligados diretamente ao bem-estar dos indivíduos e à possibilidade de controle do ambiente. Estes equipamentos podem permitir tanto a regulagem da temperatura quanto a dissipação dos odores nos ambientes. Cabe registrar que eles, no entanto, nem sempre são suficientes, como foi relatado por funcionários no caso do HU, onde a carga do ar condicionado não atende a geração de calor nos quartos. Na MCD, os ventiladores presentes não conseguem amenizar no verão as altas temperaturas. Providencialmente, durante o período que estavam sendo realizadas as observações, novos aparelhos de ar condicionado estavam sendo instalados na maternidade e a sua eficiência somente poderá ser testada ao longo das próximas estações.

Os equipamentos também podem ser fonte de distração positiva, como no caso dos equipamentos de áudio e vídeo, como televisões, rádios e computadores portáteis. Entretando o uso de tais aparelhos em ambientes coletivos pode trazer incômodo aos indivíduos vizinhos, como foi relatado no HU e na MCD; outro desafio se coloca: o controle de tal perturbação.

O uso de fones de ouvido possibilita que diversas pessoas utilizem, ao mesmo tempo, seus equipamentos individuais. Tal orientação não depende da arquitetura do espaço, mas sim, das regras e da organização funcional de cada lugar.

h) Materiais

A escolha dos materiais tem impacto sobre diversos critérios inferidos nas avaliações realizadas, mas nem sempre são viáveis. Materiais porosos, que tenham a capacidade de absorver o som e que, portanto, são ideais para lugares onde se pretenda promover o

suporte social, são normalmente incompatíveis com as exigências quanto à facilidade de limpeza em ambientes hospitalares.

Tais exigências também impedem a promoção de distrações positivas na variação das texturas das superfícies e mobiliário que, por regra, precisam ser totalmente impermeáveis. Muitas vezes estes materiais são pouco agradáveis ao toque, como é o caso dos materiais das poltronas para o acompanhante, como no HU, onde são revestidas de couro sintético. Mais problemático é o caso da MCD, onde as cadeiras são PVC; bastante desconfortáveis, tanto no tato, quanto no uso.

O que serve como compensação é o fato de que cores variadas e alegres nos ambientes pode trazer animação e distração positiva aos usuários. O uso de cores mais apropriadas foi bastante citado nas entrevistas de ambos os estabelecimentos.

i) Adereços

Possibilitar a apropriação do espaço também é permitir que os objetos pessoais dos indivíduos sejam adicionados ao ambiente mesmo de forma temporária. Estes também podem ser considerados adereços que promovem a variação de cor nos ambientes. Para tanto, murais para fotos e recados, assim como prateleiras para que os objetos pessoais e presentes fiquem expostos são indicados.

O hábito de levar flores às maternidades também levanta importantes questões. As flores são consideradas fontes de aroma nos ambientes e propiciam distração positiva para os indivíduos, mas não permitidas em hospitais pela vigilância sanitária, pois são consideradas fontes de contaminação.

Contudo, trazer flores para a mãe e o bebê é uma tradição cultural tão importante que, em ambas as instituições, adaptações foram feitas para permitir a sua prática, mas com prudência. Na MCD elas permanecem no parapeito das janelas, atrás das cortinas. No HU, são identificadas com uma etiqueta e colocadas em um balcão no corredor da unidade.

j) Integração interior/exterior

Para propiciar a percepção dos sons da natureza é preciso que se estimule a integração interior/exterior. Para tanto é importante a localização das enfermarias em relação aos elementos naturais do entorno imediato, ou na própria edificação com a promoção de jardins próximos as janelas dos locais de internação.

Esses temas de discussão foram considerados parâmetros para a criação das diretrizes humanizadoras de projeto para Enfermarias de AC, tratadas a seguir.

5 DIRETRIZES PROPOSTAS PARA PROJETOS ARQUITETÔNICOS

No seguinte capítulo serão traduzidos em instruções de projeto, os resultados dos trabalhos de campo e de gabinete. Desta forma, ao propor diretrizes humanizadoras para projeto arquitetônico de Enfermarias de Alojamento Conjunto e considerando que tais diretrizes devem permitir a apropriação destes lugares, acredita-se que será possível atingir o objetivo geral desta pesquisa.

Algumas diretrizes dizem respeito às edificações onde as enfermarias estão inseridas, como por exemplo, a localização. Outras se referem aos arranjos internos do espaço, como indicação de materiais, cores e mobiliário. Entretanto, é importante ressaltar que algumas orientações somente poderão ser aplicadas em novos projetos e que possivelmente reformas de adaptação das arquiteturas existentes não terão como atendê-las na sua totalidade. Ainda, existem certos problemas identificados nesta pesquisa que não dependem da arquitetura, mas sim, das regras e da organização funcional de cada lugar; portanto, não serão abordados neste capítulo. Como por exemplo, a impossibilidade de oferecer isolamento acústico em ambientes de internação coletiva ou como a proibição da permanência de flores junto aos pacientes, pelo risco de presença os agentes patológicos.

Finalmente é importante dizer que as seguintes diretrizes foram elaboradas em função das necessidades do usuário e não pelo que é exigido por lei. Desta forma, é possível que algumas recomendações vão de encontro às exigências legais e sanitárias. Não significa, contudo, que a intenção seja repudiar os condicionantes vigentes, mas iniciar um debate sobre a importância de rever sua validade.

I. Situar o estabelecimento em vias tranquilas e de fácil acesso

As estruturas de atenção à saúde, sobretudo aquelas que oferecem serviços de atenção obstétrica precisam ser implantadas nas cidades de forma a facilitar seu acesso, uma vez que o início do trabalho de parto é imprevisível. Além disso, a proximidade com importantes vias de conexão e integração com sistemas de transporte facilita a chegada dos casos mais urgentes. Entretanto, é conveniente que, na escolha do lote para novas edificações, o logradouro não seja

exatamente as vias de grande porte, mas suas ruas adjacentes, de fácil acesso e menos movimentadas.

Na impossibilidade da localização ser em vias de menor tráfego, é importante que o terreno permita um grande afastamento das edificações em relação às vias, como ocorre no caso da maternidade do Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre (figura 26). Na figura pode-se perceber a localização da maternidade envolta em densa vegetação e afastada da via de maior movimento, a Rua Ramiro Barcelos



Figura 26 – Localização do bloco hospitalar em relação à Rua Ramiro Barcelos, no Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre.

II. Localizar as enfermarias nas edificações de forma que se permita a relação interior/exterior

Sendo os espaços estudados, sobretudo ambientes de internação, onde são de grande importância tanto o repouso quanto a deambulação⁶⁶ das pacientes, ressalta-se a importância de aberturas que permitam tanto o acesso a lugares externos quanto à visualização para o exterior.

Para que se permita a integração interior/exterior, a qualidade das aberturas tem papel fundamental. É interessante que as esquadrias

⁶⁶ Deambulação é o ato ou efeito de deambular; passeio.

possuam vidros lisos, com a possibilidade de controle do seu sistema de fechamento, para que se regule a quantidade de estímulos recebidos. Como por exemplo, uma janela que possui persiana ou cortina permite ajustar a intensidade da luz natural em um ambiente. Os brises reguláveis, além de oferecerem este controle, possibilitam, em algumas posições, que parte da paisagem externa ainda seja visualizada.



Figura 27 – Brise soleil regulável em projeto do arquiteto João Filgueiras Lima, em Brasília.

Ainda, tanto as áreas externas que formam a vista das janelas, como aquelas que são destinadas à deambulação, devem receber tratamento de forma que estimulem o bem-estar dos indivíduos. Nestes locais podem-se prover estímulos visuais (a partir dos arranjos de vegetação), olfativos (pelos aromas das diferentes espécies), táteis (nas diferentes texturas dos materiais) e sonoros (provocado pelos variados sons da natureza).

Estes ambientes próprios para a deambulação têm como objetivo tanto acelerar o trabalho de parto, quanto a condição de alta; portanto, devem permitir a constante observação por um funcionário. É importante que se crie um percurso por onde o passeio deve ocorrer, com lugares mobiliados para descanso. As pacientes podem sentir dificuldade ao caminhar; por isso, recomenda-se a escolha de um piso

uniforme e antiderrapante. Muitos aspectos do chamado jardim-terapêutico⁶⁷ atendem a estas características descritas.

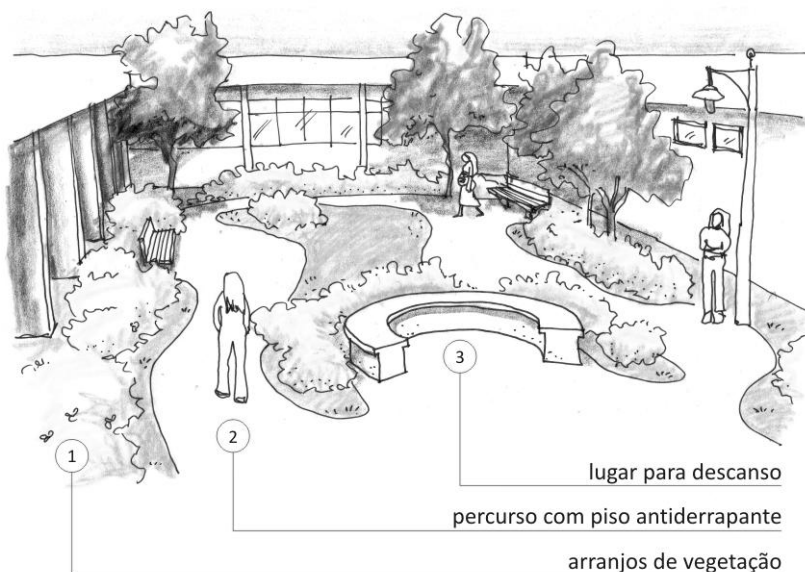


Figura 28 – Exemplo de um jardim terapêutico.

Outro importante fator relacionado à localização das enfermarias é a orientação solar das paredes com aberturas. Deve-se privilegiar a orientação norte, e quando esta não for possível, leste ou oeste, desde que se tomem as medidas de proteção contra a radiação direta do sol.

III. Planejar o leiaute para que se propicie a formação de territórios

Em enfermarias coletivas, o leiaute pode reforçar a geometria da planta baixa, como em espaços retangulares para três ou quatro leitos, em que os cantos gerados pela forma correspondem à área pertencente a cada leito. Contudo, essa relação não ocorre no caso das

⁶⁷ O jardim terapêutico é um ambiente responsável pela integração interior/exterior, “que inclui espaços ao ar livre ou jardins internos especificamente projetados para ajudar no tratamento dos pacientes” (VASCONCELOS, 2004, p. 94).

Enfermarias com cinco ou seis leitos, onde sempre haverá pelo menos um leito em posição menos vantajosa. A figura 29 apresenta duas enfermarias, uma com quatro leitos e quatro territórios formados pela geometria (à esquerda), e outra com seis leitos, onde dois leitos não possuem territórios definidos (à direita).

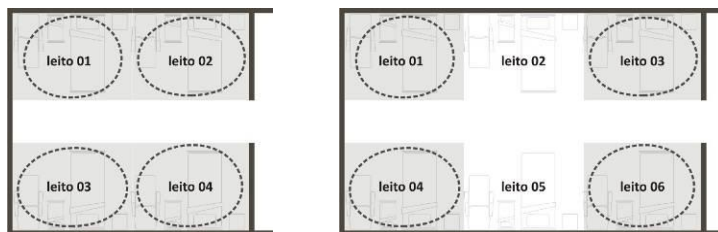


Figura 29 – Possibilidade de territórios com quatro e seis leitos.

Para esses lugares é muito importante o emprego de barreiras físicas que facilitem a formação de territórios e aumente a privacidade entre os indivíduos, como será descrito próximo item a seguir.

Ainda sobre o leiaute, ressalta-se a importância de distribuir os fluxos de circulação horizontal, com largura mínima de 120cm de forma que o transporte realizado pelas macas e cadeiras de rodas possa ser feito com conforto e segurança.

IV. Prever elementos móveis para a compartimentação das enfermarias

Nas Enfermarias de AC, é recomendável que os leitos possuam elementos que funcionem como barreiras visuais, para separar o espaço de cada paciente. Normalmente, as cortinas com trilho permitem o controle da privacidade entre os leitos. Com o seu fechamento fica definido um território que pertence àquele leito, e permite assim, tanto o controle da privacidade desejada quanto a apropriação do lugar pelos indivíduos. Desta forma, o posicionamento destes elementos está diretamente ligado com o leiaute.

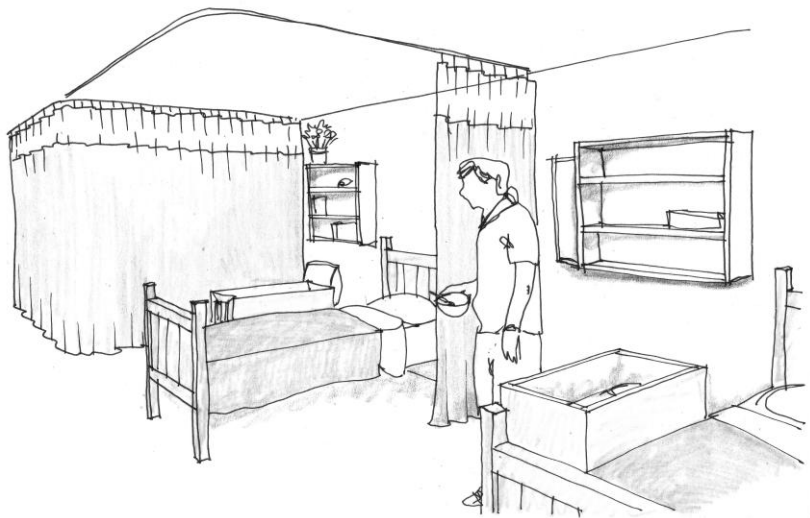


Figura 30 – Leitos divididos por cortinas com trilho fixado no forro.

Ainda, em ambientes de alojamento conjunto, outro fator deve ser considerado: a área configurada pelo fechamento da cortina, que precisa prever o espaço de uso do leito, do berço, da poltrona do acompanhante e da mesa de cabeceira e o local de instalação dos equipamentos vinculados aos leitos. Exemplo disso é o interruptor que sinaliza à equipe de enfermagem.

Para tanto, foram consultadas as dimensões sugeridas⁶⁸ por Panero (2005) para áreas hospitalares em quartos quádruplos com cortina. No entanto, o autor não faz referência à área do berço ou da poltrona para o acompanhante, aqui consideradas.

— As dimensões do leito sugeridas são de aproximadamente 99 cm de largura por 221 cm de comprimento. Ao lado do leito o autor sugere que haja uma zona livre para atividades e circulação de 76 cm e aos pés do leito, 23 cm até a cortina.

— As dimensões da poltrona foram fixadas a partir das recomendações do autor sobre cadeiras reclináveis com apoio para os pés. Neste item, o autor propõe que a largura e o comprimento da área para a cadeira respeitem os intervalos de 86 cm a 101 cm e de 152 cm

⁶⁸ As medidas apresentadas por Panero foram arredondadas pela autora.

a 172 cm, respectivamente. Como diretriz de projeto, será fixada nesta pesquisa as dimensões menores.

— Para o berço, foram utilizadas as dimensões levantadas no estudo de caso, 48 cm de largura e 80 cm de comprimento.

A disposição sugerida (figura 31) tem uma geometria retangular, com 335 cm de largura e 244 de comprimento, totalizando a área de 8,20m² por leito, maior que o 6,00m² mínimos exigidos pela legislação⁶⁹.

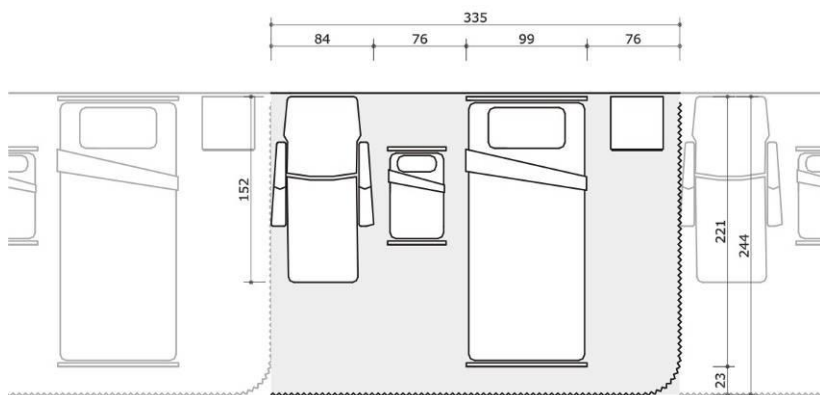


Figura 31 – Área sugerida para a instalação de cortinas entre leitos.

Contudo, este arranjo sugerido só torna-se satisfatório na existência dos elementos móveis, uma vez que a distância entre a o leito e poltrona de diferentes famílias seria de somente 76 cm, considerado uma distância pessoal próxima, conforme tratado anteriormente⁷⁰.

V. Prever iluminação que permita diferentes cenários

A iluminação dos ambientes de internação deve possibilitar composições com o acionamento de diferentes luminárias, de forma a propiciar as seguintes atividades: exame, repouso, lazer e vigília.

⁶⁹ Ver 2.1.2 – Legislação pertinente.

⁷⁰ Ver sobre distâncias interpessoais em 2.2.5 – Comportamento vinculado ao meio.

Para tanto, em primeiro lugar, se recomenda o emprego de uma iluminação geral para o ambiente, preferencialmente indireta, com possibilidade de graduar a iluminância através de um *dimmer*⁷¹, permitindo iluminâncias baixas para os momentos de vigília.

Em segundo lugar, para as atividades de exame e lazer recomenda-se uma luminária direta e móvel para cada leito, que possibilitando tanto a execução dos procedimentos médicos pelos funcionários, quanto a distração da leitura ou de atividades manuais pela paciente ou o seu acompanhante.

Por último, também se salienta a importância de mais uma luminária individual, mas com luz indireta e de baixa iluminância, para a atividade de repouso ou vigília. Esta luminária pode ter a luz com uma cor diferente das demais, para incentivar a criação de diferentes cenários. Recomenda-se o uso de luminárias do tipo balizadoras, próximos ao chão, de forma que a fonte de luz fique longe dos olhos dos indivíduos

É importante ressaltar que o interruptor de acionamento das luminárias individuais precisa estar posicionado de forma que todos os indivíduos, inclusive a paciente na posição deitada no leito, tenham o alcance facilitado.

⁷¹ Dimmer é um dispositivo utilizado para variar a intensidade de uma corrente elétrica e tem como objetivo fazer com que aumente ou diminua a intensidade luminosa através de um potenciômetro.

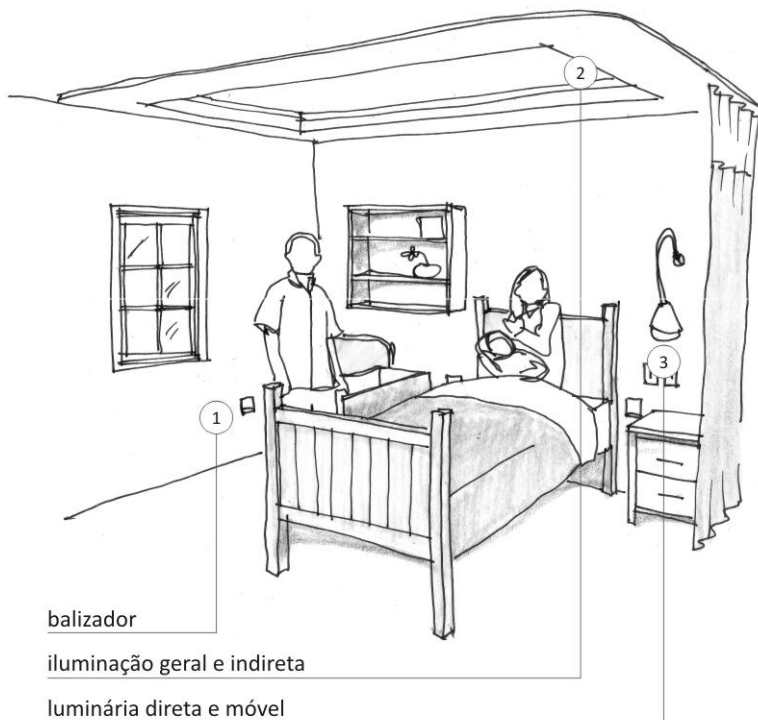


Figura 32 – Diferentes luminárias para as diversas atividades.

VI. Prever o sanitário para uso do acompanhante.

Sabendo dos potenciais riscos de contaminação trazidos pelo transito de indivíduos entre áreas externas e as Enfermarias de AC e, sobretudo, da importância de oferecer conforto aos acompanhantes, um sanitário que permita o banho do mesmo é uma das diretrizes deste trabalho. É importante que se considere o uso por pessoas de gêneros diferentes, considerando que muitas vezes o acompanhante não é o pai ou companheiro, mas sim, uma parenta ou até mesmo uma doula. Salienta-se que cada sanitário deve ser localizado próximo à Enfermaria onde o acompanhante permanece alojado.

VII. Escolher materiais com cores tranquilizantes

Considerando o efeito fisiológico das cores nos usuários, estabelece-se como critério evitar, sobretudo, o uso da cor vermelha pela sua capacidade de aumentar a pressão arterial e a frequência dos batimentos cardíacos dos indivíduos. Sugere-se, portanto, arranjos entre cores tranquilizantes, classificadas por Kroemer e Grandjean (2005), como o verde, o azul e o marrom e, de forma moderada, as cores estimulantes, como o amarelo e laranja.

VIII. Favorecer a exposição de objetos pessoais

Dentro da área pertencente a cada leito, é favorável que haja um espaço adequado para a exposição de objetos pessoais, considerando que o evento do nascimento está intimamente ligado ao costume de levar presentes à mãe e ao recém-nascido. Sugere-se o emprego de estantes, ou, se não for possível, um mural para recados e fotos. Tais medidas favorecem as manifestações de identidade dos usuários; da mesma forma, a apropriação do território que lhes pertence.

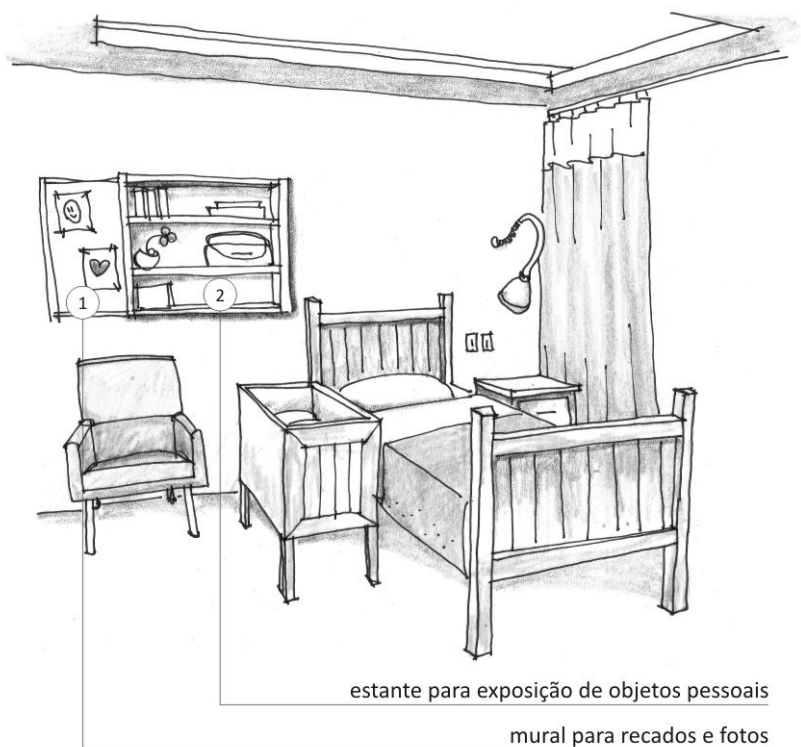


Figura 33 – Mobiliário para exposição de objetos pessoais.

6 CONCLUSÃO

No seguinte capítulo serão apresentadas as principais conclusões desta dissertação, apresentando as respostas às perguntas de pesquisa, assim como uma apreciação das técnicas métodos e dos métodos empregados. Serão também sugeridos novos temas para pesquisas futuras.

6.1 CONCLUSÕES GERAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida com o fim de compreender como as Enfermarias de AC de maternidades integrantes da rede SUS poderiam ser humanizadas, de forma a permitir a sua apropriação, considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas. Para construir este conhecimento foram somados aos trabalhos de gabinete, os trabalhos de campo, a partir do estudo de caso em dois estabelecimentos. Em ambos os locais foi realizada uma caracterização espacial de suas enfermarias, a identificação de seus principais usuários e atividades exercidas.

Desta forma, foi possível atingir o objetivo geral desta pesquisa ao propor diretrizes humanizadoras para projetos arquitetônicos de Enfermarias de AC. Algumas diretrizes formuladas podem ser aplicadas a projetos de adaptação e reforma em edificações existentes, outras, contudo, somente se aplicam a projetos de novas edificações, onde a escolha do sítio de implantação ainda não foi definido.

Ainda assim, a definição das diretrizes teve como intuito orientar arquitetos que se deparam com projetos acerca do tema e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos espaços voltados à internação obstétrica. Desta forma, ressalta-se a importância de modificar o paradigma de muitos projetos arquitetônicos de locais que não consideram plenamente os indivíduos que neles habitarão. É preciso que, cada vez mais, sejam consideradas as necessidades dos usuários e que sejam essas a orientar a configuração ideal dos espaços.

Entretanto, evidenciou-se neste trabalho dificuldades projetuais causadas pela inadequação da legislação vigente, no caso a RDC nº 36, em relação às reais necessidades da tríade da mãe-RN-acompanhante, sobretudo em relação à área mínima por leito. Nas diretrizes deste trabalho, a partir de dimensões definidas por Panero, inferiu-se a área

mínima de 8,20m² por leito, 2,20m² maior que o 6,00m² mínimos exigidos pela legislação.

Contudo, podera-se aqui, que em ambientes vinculados à administração pública, como no caso de estabelecimentos assistenciais a saúde da rede SUS, o que é considerado ideal, muitas vezes, precisa ceder ao que é possível. Mesmo que, neste trabalho, a área disponível para cada leito definida pela legislação seja questionada, torna-se inviável as maternidades estudadas atender a estas diretrizes; para tanto, o número de leitos por ambiente, obrigatoriamente, precisaria ser reduzido.

Outra grande dificuldade nestes lugares é a limitação orçamentária. Nas entrevistas em campo, por exemplo, ficou claro o interesse e a preocupação de diversos profissionais – sobretudo na Maternidade Carmela Dutra – de promover melhorias nas instalações existentes. Entretanto, fica a execução destes planos vinculada ao limitado orçamento disponível e, muitas vezes, somente a partir de doações se tornam viáveis os projetos de reforma. Não obstante as dificuldades financeiras, há ainda a considerar as alternâncias políticas no poder – do município, estado ou federação–, pois quando surgem novos planos administrativos e novas plataformas, muitas vezes projetos já aprovados, com capital já reunido, são engavetados.

Desta forma, por mais que se tenha alcançado os objetivos inicialmente traçados nesta dissertação, questiona-se até que ponto a sua aplicação prática (esse também não seria o papel do pesquisador) será possível. Acredita-se, contudo, que os modelos gerados, a combinação de métodos e técnicas desenvolvidas, bem como o conjunto de diretrizes formuladas nesta dissertação poderão contribuir para o crescimento do aporte teórico acerca da humanização hospitalar e da psicologia ambiental.

6.2 AVALIAÇÃO DOS MÉTODOS E INSTRUMENTOS EMPREGADOS

Acredita-se que a combinação entre os métodos e as técnicas empregadas permitiu uma maior consistência de resultados. Alguns dados obtidos na observação só puderam ser confirmados com a realização posterior das entrevistas com os usuários. Contudo, sua realização foi problemática, principalmente as entrevistas às puérperas. A aproximação da pesquisadora às famílias nos ambientes

estudados foi bastante difícil: muitas vezes, havia a sensação de estar perturbando um momento íntimo, apenas pela presença. Desta forma, somente foram abordadas as mães que demonstravam interesse e por sua própria iniciativa faziam algum contato e neste momento era feito o convite à entrevista.

Ainda assim, as entrevistas foram fundamentais para a definição das diretrizes, pois a importância de alguns critérios pode ser confirmada a partir dos relatos obtidos.

6.3 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Das conclusões, dos resultados e das análises, novos trabalhos poderiam acontecer, contribuindo na expansão do conhecimento acerca dos estabelecimentos de atenção obstétrica, quais sejam:

— *Comparar as situações observadas nas enfermarias com as ocorridas em quartos individuais e avaliar nestes locais, quais são as necessidades dos usuários, pois se infere que os processos de privacidade e a territorialidade seriam facilmente resolvidos*

— *Analisar os critérios empregados por arquitetos em projetos de novas edificações e avaliar que aspectos da humanização hospitalar conseguem ser contemplados.*

Realizar um estudo interdisciplinar sobre o impacto do ambiente em seus usuários à luz de outras áreas de conhecimento, tais como:

— *Ergonomia: a fim de comparar as diferenças entre as tarefas prescritas e atividades realizadas e avaliando se os equipamentos e mobiliários disponíveis são adequados para a realização das atividades.*

— *Neurociência: a fim de empregar diferentes métodos e técnicas e compreender como são as reações dos recém-nascidos em tais ambientes.*

— *Ciências sociais: a fim de aprofundar as questões levantadas em relação às diferenças etnográficas das populações envolvidas, destacando as diferenças de renda, gênero ou cultura.*

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Cristiane Andréa L. de; TANAKA, Oswaldo Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. In: **Revista Saúde Pública** [online] 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

ALMEIDA, Maristela Moraes de. **Análise das interações entre homem e o ambiente**: estudo de caso em agência bancária. 1995. 126 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

BELL, Paul A.; FISHER, Jeffrey D.; LOOMIS, Ross J. **Environmental Psychology**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1978.

BELL, Paul A; GREENE, Thomas C.; FISHER, Jeffrey D.; BAUM, Andrew. **Environmental Psychology**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1978.

BINS ELY, Vera Helena Moro. **Avaliação de fatores determinantes no posicionamento de usuários em abrigos de ônibus a partir do método da grade de atributos**. 1997. 208 p. Tese (Doutorado em Engenharia) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

_____. **Notas de aula da disciplina**: Avaliação Ambiental em Função do Usuário. 2008. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

BITENCOURT, Fábio. **Arquitetura do Ambiente de Nascer**: investigação, reflexões e recomendações sobre adequação de conforto para centros obstétricos em maternidades públicas no Rio de Janeiro. 2007. 308 p. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Arquitetura do ambiente de nascer**: reflexões e recomendações projetuais de arquitetura e conforto ambiental. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Grupo Rio Ltda., 2008. 126 p.

_____. **Conforto no ambiente de nascer**: reflexões e recomendações projetuais. 2003. 111 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Pediatria**: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 116 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. _____. _____. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

_____. _____. _____. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002b.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

_____. _____. DATASUS. **Maternidades de referência de atenção obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas / Ano 2006**. 2006. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/maternidades_referencia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. _____. _____. **Prêmio Galba de Araújo**. 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25412VERSION>. Acesso em: 08 jul. 2009.

_____. _____. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000.

_____. _____. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2008.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1994b, 136 p. (Série: Saúde & Tecnologia).

_____. _____. _____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001. 60 p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da saúde, 2001b. 199 p.: il. color.

BORSA, Juliane Callegaro. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. In: **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade** [online]. 2007. Disponível em: <<http://contemporaneo.org.br/artigos/artigo89.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.

BRAZELTON, T. Berry et al. **A dinâmica do bebê**. Tradução Débora Regina Unikowski. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1987. 170 p. il.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar**. 2002. 168 p. il. color. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

_____. **Vivência e apropriação em unidades clínicas de hospital-dia**: definição de atributos ambientais visando capacitar o ambiente para atividades de interesse dos pacientes. 2009. 240 p. il. color. Memorial para exame de qualificação (Doutorado em ciências da arquitetura). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

COSTI, Marilice. **A sala de morrer e a máquina de curar**: a enfermaria gótica e o hospital renascentista. 1997. 27 p. il. Monografia (disciplina Introdução ao Pensamento Arquitetônico I) – Programa de Pós-Graduação em arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **Os paradigmas tecnocrático, humanizado e holístico do parto**. 2004. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=167&Itemid=213>. Acesso em: 10 ago. 2009.

DEMARTINI, Juliana. **Um olhar arquitetônico sobre centros de atenção psicossocial infantil**: O caso do CAPSi de Cuiabá. 2007. 125 p. il. color. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2004.

Disponível em:

<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/artigos/analise_discurso.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2009.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 264 p. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

FARINA, Modesto. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. 4. ed. São Paulo: Editora Edgar Blücher, 5ª reimpressão, 2002, 223 p. il. col.

FERRARI, Lucíola Celestino Ribeiro. **Avaliação da maternidade do Hospital Universitário – UFSC como instrumento da humanização do parto**. 2005. 45p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina) – Curso de Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

FIGUEIREDO, Elsa. Ambiente de saúde – O hospital numa perspectiva ambiental terapêutica. In: SOCZKA, Luis. **Contextos humanos e psicologia ambiental**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. 477 p.

GAPPEL, Milicent. Psychoneuroimmunology. In: SYMPOSIUM ON HEALTHCARE DESIGN, 4, 1991, Boston. In: **Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design**. New York: Sara O. Marberry, 1995.

GIBSON, James J. **The senses considered as perceptual systems**. Boston: Houghton Mifflin, 1966.

GIFFIN, Karen. **Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun.1991.

GIFFORD, Robert. **Environmental psychology: principles and practice**. Massachusetts: Allyn and Bacon Inc., 1987. 466 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. 193 p. il.

GOFFMAN, Erving. **Manicomios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

HALL, Edward Twitchell. **A dimensão oculta**. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. 200 p. il. (Coleção Ciências Sociais).

JURUENA, Mario Francisco; CLEARE, Anthony James. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online] 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2009.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, Etienne. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 327 p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. rev. e amp. São Paulo: Publicação Atlas, 2000. 269 p.

MALARD, Maria Lúcia. **Forma, Arquitetura**. Interpretar Arquitetura, Belo Horizonte, v. 5, n. 6, p. 1-15, 2004.

_____. **Os objetos do cotidiano e a ambiência**. In: 2º Encontro Nacional de Conforto no Ambiente Construído, p.359-361. Florianópolis, 1993.

MARTINEZ, Denis; LENZ, Maria do Carmo Sfreddo; MENNA-BARRETO, Luiz. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. In: **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online] 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2009.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992. 241 p. il.

OKAMOTO, Jun. **Percepção ambiental e comportamento: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação**. São Paulo: Mackenzie, 2002. 261 p.

OLIVEIRA, B.R.G., COLLET, N., VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

OLIVEIRA, Elena Maria Duarte de. **Por uma arquitetura socioeducativa para adolescentes em conflito com a lei**: uma abordagem simbólica da relação pessoa-ambiente. 2008. 149 p. il. color. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração Alma-ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 112p.

PANERO, Julius; ZELNIK, Martin. **Dimensionamento humano para espaços interiores**. Barcelona: Editora Gustavo Gili, 2005. 320 p. il.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDE FEMINISTA DE SAÚDE). **Dossiê humanização do parto**. Rede Feminista de Saúde. São Paulo, 2002. 40 p. (Apostila).

RHEINGANTZ, Paulo Afonso et al. **Notas de aula da disciplina**: Avaliação de Desempenho do Ambiente Construído. 2007. (apostila). Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIO, Vicente del (Org.); OLIVEIRA, Livia de (Org.). **Percepção Ambiental**: A Experiência Brasileira. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel / Editora da Universidade Federal de São Carlos, 1996. v. 1. 265 p. il.

SANTOS, Mauro César de Oliveira et al. Arquitetura e saúde: o espaço interdisciplinar. In: **Biblioteca virtual em saúde** [online]. 2002.

Disponível em:

<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/somasus/pub_destaque.php>.

Acesso em: 11 dez. 2008.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. 2008. 198 p. il. color. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SILVEIRA, Sandra Cristina da. **A assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde**. 2006. 125 p. il. color. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SOMMER, Robert. **Espaço Pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. Coleção Ciências do comportamento. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1973. 220 p.

TOLEDO, Luiz Carlos de Menezes. **Humanização do edifício hospitalar, um tema em aberto**. 2005. Disponível em: <http://www.mtarquitetura.com.br/conteudo/publicacoes/HUMANIZACAO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. In: **Revista Estudos Feministas** [online]. 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9622/8856>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2009

TUAN, Yi-fu. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. Tradução Livia de Oliveira. São Paulo: Difel, 1980. 288 p.

ULRICH, Roger S. Effects of healthcare Interior Design on Wellness: theory and recent scientific research. In: SYMPOSIUM ON HEALTHCARE DESIGN, 4, 1991, Boston. **Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design**. New York: Sara O. Marberry, 1995.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares**: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. 2004. 177p. il. color. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. 1985. In: **Lancet**. 1985; 2: 436-7.

ZEISEL, John. **Inquiry by design**: environment/behavior/neuroscience in architecture, interiors, landscape, and planning. Rev. ed. New York: W. W. Norton & Company, 2006. 400 p. il.

_____. Universal design to support the brain and its development. In: PREISER, Wolfgang F. E.; OSTROFF, Elaine (editors). **Universal Design Handbook**. New York: Mc. Graw Hill, 2001.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

ALMEIDA, Maristela Moraes de. **Da experiência ambiental ao projeto arquitetônico**: um estudo sobre o caminho do conhecimento na arquitetura. 2001. 219 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 10520**: informação e documentação: citação em documentos. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 7 p.

_____. **NBR 12179**: Avaliação do ruído ambiente em recintos fechados. Rio de Janeiro: ABNT, 1992. 6 p.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 6 p.

_____. **NBR 6022**: informação e documentação: artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2003. 5 p.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação: elaboração: referências. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 24 p.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento. Rio de Janeiro: ABNT, 2003. 3 p.

_____. **NBR 6028**: resumos. Rio de Janeiro: ABNT, 2003. 2 p.

BEAUD, Michel. **Arte da Tese**: Como Redigir uma Tese de Mestrado ou Doutorado, uma Monografia ou qualquer outro Trabalho Universitário. Friburgo: Imagem Virtual, 2000. 173 p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, [online] 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

BINS ELY, Vera Helena Moro et al. Avaliação pós-ocupação como instrumento de humanização em áreas de internação hospitalar – Estudo de caso Hospital Polydoro Ernani de São Thiago. In: ENCONTRO NACIONAL DE ERGONOMIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO (ENEAC), 1, 2007, Recife. **Anais do Encontro Nacional de Ergonomia do Ambiente Construído**. Recife, 2007.

_____. **Estudo de caso de unidade de internação hospitalar com foco na percepção e comportamento dos usuários**. 2006. Trabalho apresentado ao XIV Congresso Brasileiro de Ergonomia (ABERGO), Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://arq.ufsc.br/petarq/wp-content/uploads/2008/02/abergo-24.pdf>>. Acesso: 18 jun. 2009.

BITENCOURT, Fábio. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e arquitetura**: caminhos para a Humanização dos Ambientes Hospitalares. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio, 2004. 108 p. il.

_____.; BARROSO-KRAUSE, Cláudia. Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto. 2004b. Trabalho apresentado no I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA, 4., 2004, Salvador. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/centros_parto_nacional.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2008.

BOOTH, Wayne C.; COLOMB, Gregory G.; WILLIAMS, Joseph M. **A arte da pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 351 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.883, de 4 de JUNHO de 1998. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria nº 1.884, de 11 de novembro de 1994. Aprova as normas que com estas baixam destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 1994.

_____. _____. _____. Portaria nº 400, de 6 de dezembro de 1977. Aprova normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 1977. Revogada pela Portaria MS/GM nº 1.884/94.

_____. _____. _____. Portaria nº 554, de 19 de março de 2002. Revoga a Portaria n.º 1884/GM, de 11 de novembro de 1994 do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1994. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002.

_____. _____. _____. RDC nº 189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jul. 2003.

_____. _____. _____. RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2002.

_____. _____. _____. RDC nº 48, de 2 de junho de 2000. Fica aprovado o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2000.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 251, de 07 de agosto de 1997. Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 1997.

_____. _____. HU. **Histórico HU**. 2010. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=2>. Acesso em: 07 set. 2010.

_____. _____. **Oficina Nacional HumanizaSUS**: construindo a Política Nacional de Humanização: relatório final. Brasília, 2003. 35 p.

_____. _____. Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983. Instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 1983.

_____. _____. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 13 maio 1998.

_____. _____. Portaria nº 570/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000.

_____. _____. Portaria nº 571/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

_____. _____. Portaria nº 572/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 2000.

_____. _____. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Expede, na forma dos anexos, normas para o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial** [da União da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 1992.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 364p. il. color.

_____. _____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 20 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria-Geral. Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 49 p. (Série B: Textos básicos em saúde).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. 1993.

CANTER, David; STRINGER, Peter. **Interacción Ambiental: aproximaciones psicológicas a nuestros entornos físicos**. Colección Nuevo Urbanismo. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1978. 524 p. il.

CUNHA, Luiz Cláudio R. A cor no ambiente hospitalar. In: Congresso Nacional da ABDEH. 1, 2004. **Anais do Congresso Nacional da ABDEH**. 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cor_ambiente_hospitalar.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2009.

DISCHINGER, Marta. **Designing for all senses**: accessible spaces for visually impaired citizens. Göteborg, 2000. 260 p. Tese (Doutorado) - Chalmers University of Technology, School of Architecture.

GIBSON, James J. **The ecological approach to visual perception**. New Jersey: LEA, 1986. 332 p.

GÜNTHER, H.; ROZESTRATEN, R. J. A. **Psicologia ambiental**: algumas considerações sobre sua área de pesquisa e ensino. (Série: Textos de Psicologia Ambiental, nº. 10). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2005. Disponível em: <<http://beco-do-bosque.net/pdf/10PsiAmbiental.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2009.

GUEDES, Sandra Paschoal Leite de Camargo; FINDLAY, Eleide Abril Gordon. **Hospital público é assim mesmo**: representações sociais um hospital público no final do século XX. Joinville: Ed. Univille, 2003. 244 p.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. et al. O parto como eu vejo... Ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. In: **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

MALKIN, Jain. **Hospital Interior Architecture**: creating healing environments for special patient population. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1991.

MARTINS, Vânia Paiva. A Humanização e o Ambiente Hospitalar. In: Congresso Nacional da ABDEH. 1, 2004. **Anais do Congresso Nacional da ABDEH**. 2004. p. 63-66. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf>. Acesso em:

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São Paulo: 1999 Martins Fontes. 662 p.

MORAES, Anamaria de (org.). **Ergodesign do ambiente construído e habitado**: ambiente urbano, ambiente público, ambiente laboral. Rio de Janeiro: iUser, 2004, 146 p. il.

_____.; MOLT'ALVÃO, Cláudia. **Ergonomia**: conceitos e aplicações. 3. ed. Rio de Janeiro: iUser, 2003.

PEREIRA, Clauciane Vivian. **A sinalização viária da ilha de Santa Catarina** – uma análise sob a ótica do turista. 2008. 62 p. Proposta de qualificação (Mestrado em Design e Expressão Gráfica) – Programa de Pós-Graduação em Design e Expressão Gráfica, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SANTOS, Vilma Maria Villarouco. **Modelo de avaliação de projetos**: enfoque cognitivo e ergonômico. 2001. 216 p. Tese (Doutorado em Engenharia) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

SILVA, Elvan. **Matéria, idéia e forma**: uma definição de arquitetura. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1994.

SOMMER, Robert. **Espacio y comportamiento individual**. Colección Nuevo Urbanismo. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1974. 322 p.

TAYLOR, Ralph. **Human territorial functioning**: an empirical, evolutionary perspective on individual and small group territorial cognitions, behaviors, and consequences. Cambridge: Cambridge University Press, 1988. 345 p. il.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Laboratório de conforto ambiental. (Labcon). **Luz artificial**. 2006. 6 p. (apostila).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care of the mother and baby at the health centre**. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO, 1994. 64 p.

_____. **Care in normal birth**: a practical guide (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit). Geneva: WHO, 1996. 58 p.

_____. **Mother-Baby Package**: Implementing safe motherhood in countries. Geneva: WHO, 1994. 78 p.

_____. **World health day**: safe motherhood. Geneva: WHO, 1998. 45 p. il.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 203 p.

FIGURAS

Capa: MARCO PIRES. **Pé de bebê e mãos de mamãe**. 2009. Disponível em: <<http://www.flickr.com>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

Figura 1: THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA. **Gravura representando a enfermaria do hôtel dieu, em paris, por volta de 1500: puérperas dividem o mesmo leito ao lado de pacientes moribundos**. [15--]. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/177_11_021202/dec10354_fm.html>. Acesso em: 20 out. 2010.

Figura 2: BARTOLOMÉ ESTEBÁN MURILLO. **Pintura representado o nascimento como um evento doméstico e feminino**. 1661. Disponível em: <<http://www.kaiserfam.com/Images/Mary%20Birth-Murillo.jpg>>. Acesso em: 20 out. 2010.

Figura 3: EUGENE FROMENT. **O uso da recente das incubadoras, na maternité de paris, port-royal**. 1884. Disponível em: <<http://www.neonatology.org/pinups/portroyale.html>>. Acesso em: 15 out. 2010.

Figura 4: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Hospital Universitário. **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/noticias/novo/fotos%202005/Carmela%20Dutra.jpg>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

Figura 5: GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Secretaria de Estado da Saúde. **Maternidade Carmela Dutra**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/noticias/novo/fotos%202005/Carmela%20Dutra.jpg>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

Figura 7: ROCHA baseado em GOOGLE. **Localização da MCD em Florianópolis**. 2009. Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

Figura 8: ROCHA baseado em GOOGLE. **Localização dos acessos na MCD**. 2009. Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

Figura 15: ROCHA baseado em GOOGLE. **Localização do Hospital Universitário em Florianópolis.** 2009. Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

Figura 16: ROCHA baseado em GOOGLE. **Localização dos acessos e do AC no complexo do HU.** 2009. Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

Figura 26: ROCHA baseado em GOOGLE. **Localização do bloco hospitalar em relação à Rua Ramiro Barcelos, no Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre.** 2009. Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

Figura 27: SEIER+SEIER. **Brise soleil regulável em projeto do arquiteto João Filgueiras Lima, em Brasília.** 2006. Disponível em: <<http://www.flickr.com/photos/seier/501372541/>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

Figura 28: SPECTRUM HEALTH. **Jardim terapêutico em um hospital em Michigan, EUA. 2010.** Disponível em: <<http://www.flickr.com/photos/spectrumhealth/5126390727/sizes/l/>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

Figura 30: GRANARY ASSOCIATES. **Leitos divididos por cortinas com trilho fixado no forro.** 2010. Disponível em: <http://www.granaryassoc.com/content/portfolio_assets/CSH-PRH/PatientRoom.jpg>. Acesso em: 4 nov. 2010.

Figura 32: BANNER HEALTH. **Cores tranquilizantes em projeto de um quarto de internação no Arizona, EUA.** 2010. Disponível em: <http://www.bannerhealth.com/NR/rdonlyres/531707E3-673D-4A9E-B1A6-DF261C9C4429/29226/PatientRoomAgave_4web.jpg>. Acesso em: 4 nov. 2010.

Figura 33: CHRISTNER. **Mobiliário para objetos pessoais em quarto de internação no Illinois, EUA.** 2010. Disponível em: <http://www.christnerinc.com/img/projects/40_213_enlarged.jpg>. Acesso em: 4 nov. 2010.

GLOSSÁRIO

Acolhimento – modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Alojamento Conjunto – sistema dos EAS em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta.

Ambiência – ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Analgesia peridural – anestesia onde há a perda de sensibilidade da cintura para baixo.

Aspiração manual intra-uterina (AMIU) – procedimento geralmente aplicado em complicações pós-aborto.

Berçário – ambiente destinado a alojar recém-nascidos.

Centro de parto normal – unidade ou EAS que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem complicações. Caso se configure em um EAS isolado, extra-hospitalar, deve ter como referência um hospital que seja alcançável em no máximo uma hora.

Centro obstétrico – unidade destinada à higienização da parturiente, ao trabalho de parto, ao parto (normal ou cirúrgico) e aos primeiros cuidados com os recém-nascidos.

Contágio – transmissão do agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo.

Deambulação – ato ou efeito de deambular; passeio.

Dequitação – separação e expulsão da placenta.

Emergência – unidade destinada à assistência de pacientes com risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

Enfermaria de Alojamento Conjunto – ambiente destinado à assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 a 06 leitos e berços, com banheiro anexo.

Estabelecimento assistencial de saúde (EAS) – denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Estresse – soma de respostas físicas e mentais da incapacidade de distinguir entre o real e as experiências e expectativas pessoais.

Internação – admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Internação Obstétrica – unidade destinada à acomodação e assistência de é voltada a puérperas ou gestantes com complicações.

Neonato ou Recém-nascido (RN) – toda criança desde o nascimento até atingir os 28 dias de vida.

Parto cesariano ou Parto cirúrgico – operação que consiste em abrir o abdome materno para extrair o feto.

Parto normal – aquele que tem início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice entre 37 e 42 semanas de gestação e, após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.

Parturiente – aquela que está em trabalho de parto ou que pariu há pouco tempo

Período neonatal – o período neonatal começa no nascimento e termina com 28 dias completos depois do nascimento.

Período perinatal – O período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação e termina com 7 dias completos após o nascimento.

Posto de enfermagem – área destinada à enfermagem e/ou médicos, para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas.

Pré-natal – referente ao período anterior ao nascimento da criança.

Puérpera – mulher que pariu recentemente. Ver *Puerpério*.

Puerpério – também conhecido como pós-parto ou resguardo. Dura em torno de 6 a 8 semanas e só termina com o retorno das menstruações.

Quarto de Alojamento Conjunto – ambiente destinado à assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01 ou 02 leitos e berços, com banheiro anexo,

Quarto PPP ou Sala PPP – ambiente específico para realização, exclusivamente, de partos não cirúrgicos através de técnicas naturais, com capacidade para 01 leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com a participação intensa de acompanhantes (marido, mãe, etc.) da parturiente.

Recuperação pós-anestésica – Local destinado ao acompanhamento dos procedimentos de recuperação do paciente após o período de analgesia.

Sala de pré-parto – ambiente destinado a acomodar a parturiente durante a fase inicial do trabalho de parto. O quarto individual de internação pode ser utilizado para esta atividade.

Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2001).

Usuário – todas as pessoas que participam de uma estrutura. Compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de avaliação do ambiente (instrumento da Visita exploratória e do Levantamento espacial).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

FICHA DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE

Instituição:
Nome do ambiente:
Número de leitos:

DESENHO ESQUEMÁTICO DA PLANTA BAIXA, COM MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS E PRINCIPAIS DIMENSÕES:

ACABAMENTOS	FORMA	TEXTURA	COR
Piso:			
Parede:			
Teto:			
Esquadrias:			
Mobiliário:			
Outros:			
DIMENSÕES (L x A x P):		Necessita área superior?	
COMPONENTES DE ESTRESSE/BEM-ESTAR			
Distrações positivas:			
Controle do ambiente:			
Suporte social:			
CONFORTO AMBIENTAL			
Luz:		Temperatura:	
Som:		Vibração:	

APÊNDICE B – Instrumento da Observação (1ª folha)







UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

OBSERVAÇÃO

Maternidade: HU. Data: Hora: Duração: 10 minutos. Observador: reconhecido.

DESENHO ESQUEMÁTICO DA PLANTA BAIXA, COM MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS E PRINCIPAIS DIMENSÕES:

Posição:	Usuário:	Sexo:
 - em pé	M - mãe	<input type="radio"/> - mulher
 - caminhando	F - funcionário	<input type="radio"/> - homem
 - sentado	V – visitante/outros	
 - deitado		

APÊNDICE B – Instrumento da Observação (2ª folha)

1 INDIVÍDUOS E ATIVIDADES	1.1 Quem é (ator e outros significantes)?
	Mãe: ____; Funcionário: ____; Visitante: ____.
	1.2 Fazendo o quê (atividades desempenhadas)?
	Mãe: _____ Funcionário: _____ Visitante: _____
2 ESPAÇO FÍSICO	1.3 Qual é o contexto?
	2.1 Que relações o espaço permite?
	Auditiva: _____
	Visual: _____
	Tátil: _____
	Olfativa: _____
	Simbólica: _____
	2.2 Possui adereços que influenciam o comportamento?
	2.3 Possui barreiras?
	Paredes: _____
	Anteparos: _____
	Objetos: _____
	Símbolos: _____
	2.4 As condições do conforto influenciam o comportamento?
Luz: _____	
Som: _____	
Temperatura: _____	
Vibração: _____	
3 TRAÇOS FÍSICOS NO AMBIENTE	2.5 O espaço tem influência no comportamento?
	Forma: _____
	Orientação: _____
	Tamanho: _____
	3.1 Há produtos de uso?
	Desgaste/erosão: _____
	Vestígios: _____
	Traços ausentes: _____
	3.2 Há adaptações para o uso?
	Adereços: _____
	Separações: _____
	Conexões: _____
	3.3 Há manifestações de identidade?
	Personalização: _____
Identificação: _____	
Participação de um grupo: _____	
3.4 Há mensagens públicas?	
Oficiais: _____	
Informais: _____	
Illegítimas: _____	

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com funcionário responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA FOCALIZADA COM FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL

Instituição:	Data: / /	Hora:
Nome (opcional):	Cargo:	
Sexo:	Tempo na instituição:	
Idade:	Jornada (horas/semana):	

1 SOBRE A MATERNIDADE:

1.1 Desde quando existe a maternidade?

1.2 Ela é conveniada à rede SUS?

1.3 Ela possui convênio com algum outro plano de saúde?

2 SOBRE AS ROTINAS

2.1 Como chegam as gestantes e como se dá o atendimento inicial?

2.2 Elas são encaminhadas para onde?

2.3 E os acompanhantes?

2.4 Como é a rotina do parto? Ele pode ser realizado no quarto?

3 SOBRE O ESPAÇO DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO

3.1 Existem diferentes lugares para a recuperação do pós-parto?

3.2 Quais são?

3.3 Quantos são (por tipo)?

3.4 No caso de existir alojamento conjunto, quantos leitos existem por ambiente?

3.5 Se existir mais de um tipo, existe preferência das gestantes por um tipo específico de quarto?

3.6 Quanto tempo as mães ficam no quarto, em média, após o parto normal e após o parto cesariano?

3.7 Quais profissionais vão ter contato direto com a mãe-RN-família?

3.8 Quais são as principais atividades e procedimentos realizados nestes espaços por cada profissional?

4 SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

4.1 Que alterações espaciais foram necessárias para atender o PHPN?

4.2 Como o quarto foi preparado para receber o bebê de forma humanizada?

4.3 Como o quarto foi preparado para receber o acompanhante de forma humanizada? E outros visitantes?

5 POEMA DOS DESEJOS

Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente (fosse ou tivesse)...

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com membro da equipe



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA FOCALIZADA COM MEMBRO DA EQUIPE

Instituição:	Data: / /	Hora:
Nome (opcional):	Cargo:	
Sexo:	Tempo na instituição:	
Idade:	Jornada (horas/semana):	

1 SOBRE A PERCEPÇÃO

1.1 Como você descreveria este ambiente (quarto/unidade) ?

1.2 O que você mais gosta e menos gosta aqui?

1.3 O que você acha deste ambiente (quarto/unidade) com relação à beleza?

1.4 O que você acha deste ambiente (quarto/unidade) com relação ao conforto/aconchego?

1.5 O que você acha da iluminação - natural/artificial - deste ambiente (quarto/unidade)?

1.6 O que você acha da vista que a janela proporciona?

1.7 O que você acha das cores e dos materiais do piso, parede e forro deste ambiente (quarto/unidade)?

1.8 O que você acha deste do som/barulho neste ambiente (quarto/unidade)? (som externo/interno atrapalha?)

1.9 O que você acha dos cheiros daqui? O ambiente (quarto/unidade) é bem ventilado?

1.10 O que você acha da temperatura do quarto durante o dia/noite? E nas outras estações?

2 QUESTÕES RELATIVAS AO COMPORTAMENTO

2.1 Com relação ao comportamento, você nota que as mães e/ou os acompanhantes realizam algum tipo de domínio ou apropriação do espaço ou de objetos, móveis e equipamentos em geral?

2.1 Você acha que as mães e/ou os acompanhantes possuem privacidade neste ambiente (quarto/unidade) para interagir com o bebê ou com os visitantes?

2.2 Você acha que o número de mães está correto com relação ao tamanho do ambiente (quarto/unidade)?

2.3 O que você acha de as mães e/ou os acompanhantes terem que dividir o ambiente (quarto/unidade) com outras mães/famílias? Você acha que elas procuram se aproximar ou preferem o isolamento?

3 POEMA DOS DESEJOS

Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente (quarto/unidade) fosse ou tivesse...

APÊNDICE E – Roteiro da entrevista com puérpera



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA FOCALIZADA COM PUÉRPERA

Instituição:	Data: / /	Hora:
Nome (opcional):	Profissão:	
Idade:	Grau de escolaridade:	
Já deu a luz?	Há quanto tempo?	
Trouxe acompanhante?	Quem?	
Tem outros filhos?	Em quais maternidades?	

1 SOBRE A PERCEPÇÃO

1.1 Como você descreveria este ambiente (quarto/unidade) ?

1.2 O que você mais gosta e menos gosta aqui?

1.3 O que você acha deste ambiente (quarto/unidade) com relação à beleza?

1.4 O que você acha deste ambiente (quarto/unidade) com relação ao conforto/aconchego?

1.5 O que você acha da iluminação - natural/artificial - deste ambiente (quarto/unidade)?

1.6 O que você acha da vista que a janela proporciona?

1.7 O que você acha das cores e dos materiais do piso, parede e forro deste ambiente (quarto/unidade)?

1.8 O que você acha deste do som/barulho neste ambiente (quarto/unidade)? (som externo/interno atrapalha?)

1.9 O que você acha dos cheiros daqui? O ambiente (quarto/unidade) é bem ventilado?

1.10 O que você acha da temperatura do quarto durante o dia/noite?

2 QUESTÕES RELATIVAS AO COMPORTAMENTO

2.1 Com relação ao comportamento, você nota que realiza algum tipo de domínio ou apropriação do espaço ou de objetos, móveis e equipamentos em geral?

2.2 Você acha que possui privacidade neste ambiente (quarto/unidade) para interagir com o bebê ou sua família?

2.2 Você acha que o número de mães está correto com relação ao tamanho do ambiente (quarto/unidade)?

2.3 O que você acha de dividir o ambiente (quarto/unidade) com outras mães/famílias? Você procura se aproximar ou prefere o isolamento?

3 POEMA DOS DESEJOS

Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente (quarto/unidade) fosse ou tivesse...

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição:

Responsável pela Instituição:

Olá! Gostaria de solicitar a sua participação para a coleta de alguns dados da pesquisa Humanização de Maternidades Públicas. Essa é uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida por mim, Júlia Leutchuk da Rocha, e pela minha orientadora, Prof^a Dra. Vera Helena Bins Ely.

O objetivo principal desta pesquisa é *propor diretrizes humanizadoras de projeto arquitetônico de espaços destinados à recuperação pós-parto, em maternidades integrantes à rede SUS, considerando a relação entre o ambiente, os usuários e as atividades realizadas*. Ou seja, como deixar o lugar onde a mãe e o bebê se recuperam do parto confortável e adequado para todos que usam este espaço.

Para isso, é de fundamental importância a sua participação, para a coleta das informações necessárias, através de um dos métodos, para o qual a sua participação foi solicitada, a *entrevista não-estruturada focalizada*. Nessa entrevista você precisará responder a algumas perguntas pré-definidas pela pesquisadora, com o objetivo de revelar as suas expectativas e insatisfações sobre o espaço físico da maternidade.

É importante ressaltar que a sua participação nesta pesquisa é voluntária. Os procedimentos adotados não oferecem risco nenhum a sua saúde ou bem-estar. Se você quiser tirar alguma dúvida sobre esta pesquisa ou sobre a sua participação você poderá entrar em contato comigo através do contato no final da página. Se assim quiser, você também será livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Os benefícios que esta pesquisa pode oferecer estão diretamente relacionados ao desempenho das atividades desenvolvidas no ambientes da maternidade. Talvez você não usufrua desses benefícios de imediato, mas no futuro, você, ou outras pessoas, poderão vivenciar lugares que considerem as recomendações de projeto que esta pesquisa irá sugerir. É importante dizer que a sua identidade não será divulgada e que os dados da sua participação serão analisados junto aos dados de diversas outras pessoas. Somente eu terei acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa.

Eu,,
fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora principal

..... de de

Em caso de necessidade, entre em contato com Júlia Leutchuk da Rocha
[T. dos Músicos, nº. 57/03, Fpolis, SC, 88048-325. E-mail: arq.juliadarocha@gmail.com. Telefone: (48) 3337.6768].

ANEXOS

ANEXO A – Autorização MCD



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO

Título do Projeto: HUMANIZAÇÃO DE MATERNIDADES PÚBLICAS

Nome do Pesquisador: JÚLIA LEUTCHUK DA ROCHA

CAE: 0016.0.233.242-09

Objetivo Geral: PROPOR DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO QUE GARANTAM AOS QUARTOS DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA EM MATERNIDADES PÚBLICAS UM AMBIENTE HUMANIZADO, UTILIZANDO O APORTE DA PSICOLOGIA AMBIENTAL.

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta Instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

O projeto supra citado foi aprovado pelo Cep – MCD em 21/08/2009

Enquanto pesquisador nesta instituição, você deverá seguir as normas e rotinas internas, além de:

1. Seguir rigorosamente a conduta prevista no projeto.
2. Portar identificação (crachá) e jaleco.
3. Apresentar este documento ao responsável da área afim, no setor envolvido na execução da pesquisa.
4. Identificar-se e apresentar este documento na portaria de entrada da MCD.
5. Você não poderá utilizar materiais, equipamentos, medicamentos, alimentação e mão de obra da instituição, além dos previstos e aprovados no projeto
6. Trabalhos realizados nesta instituição deverão referenciar a mesma quando publicados.
7. Este Comitê deverá ser informado assim que seu trabalho for concluído e por ocasião da publicação de seu trabalho.

Florianópolis, 21/08/2009.

Dr. Marcelo Nascimento
Diretor Geral – MCD

Dr. Giovanni de Figueiredo Locks
Presidente CEP -MCD



ANEXO B – Autorização HU



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital Universitário, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Humanização de Maternidades Públicas**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.


Florianópolis, 25 de 06 de 2009.

Prof. Felipe Felício
Vice-Diretor HU/UFSC

DIRETOR HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Responsável pela instituição

ANEXO C – Autorização CESP/UFSC

Certificado Page 1 of 1

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 295

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CESP/UFSC, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CESP/UFSC, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.


APROVADO

PROCESSO: 295 FR: 281738

TÍTULO: Humanização de Maternidades Públicas

AUTOR: Vera Helena Moro Bins Ely, Júlia Leuchuk da Rocha

FLORIANÓPOLIS, 28 de Setembro de 2009.


Coordenador do CESP/UFSC
Prof. Filipe Modolo Siqueira
Sub-Coordenador do CESP/UFSC

http://www.cep.ufsc.br/projeto_cep/certificado/certificado.php?id_pesquisa=295 5/10/2009

ANEXO D – ANEXO I DA RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008.(*)

ANEXO I

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

2. ABRANGÊNCIA

Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

3.3 Higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

3.5 Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser

prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo,

3.8 Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

3.9 Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

3.10 Relatório de transferência: documento que deve acompanhar a paciente e o recém-nascido em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente a identificação da paciente e do recém nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

3.11 Responsável Técnico - RT: profissional legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

3.12 Usuário: compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

4.1. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve adotar as normas dispostas neste Regulamento Técnico.

4.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pela vigilância sanitária local.

4.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infra-estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

4.5 A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência.

4.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais.

4.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contra-referência, para garantir a continuidade da atenção.

4.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem.

4.7.2 Os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência legível, com identificação e assinatura de profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino.

4.8 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

4.9 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as normas pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

4.10 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste Regulamento.

5. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infra-estrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

5.2 A infra-estrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

6.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe.

6.2.1 A vigilância sanitária local deve ser notificada sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

6.3 A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:

- a) coordenação da equipe técnica;
- b) adoção de ações e medidas de humanização;
- c) elaboração de protocolos institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas;
- d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
- e) avaliação dos indicadores do serviço;
- f) rastreabilidade de todos os seus processos.

6.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas.

6.4.1 As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e período de duração das atividades.

6.5 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir a proteção das informações confidenciais dos usuários.

6.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades:

- a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;
- b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais;
- c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;
- d) participação nas ações de educação permanente;
- e) atendimento às urgências e emergências.

6.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter em local visível a escala dos profissionais, incluindo plantão, com nome, número do registro em conselho de classe, quando couber, e horário de atendimento.

7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

7.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

7.2 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais:

7.2.1 estetoscópio clínico;

7.2.2 esfigmomanômetro;

7.2.3 fita métrica;

7.2.4 estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);

7.2.5 amnioscópio;

7.2.6 mesa auxiliar;

7.2.7 foco de luz móvel;

7.2.8 instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron;

7.2.9 material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:

a) barra fixa ou escada de Ling;

b) bola de Bobat ou cavalinho;

7.2.10 instrumental para parto normal;

7.2.11 mesa para refeição;

7.2.12 camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;

7.2.13 poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;

7.2.14 relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.

7.3 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes equipamentos e materiais:

7.3.1 cardiotocógrafo;

7.3.2 mesa para exame ginecológico;

7.3.3 escada com dois lances;

7.3.4 mesa de cabeceira.

7.4 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, devem ter disponíveis, além dos equipamentos e materiais descritos no item 7.2:

7.4.1 glicosímetro;

7.4.2 material para cateterismo vesical;

7.4.3 instrumental para cesariana;

7.4.4 material para AMIU e curetagem uterina;

7.4.5 bisturi elétrico;

7.4.6 instrumental para histerectomia;

7.4.7 material anestésico;

7.4.8 oxímetro de pulso;

7.4.9 bomba de infusão;

7.4.10 monitor cardíaco;

7.4.11 aspirador;

7.4.12 mesa para parto cirúrgico;

7.4.13 foco cirúrgico de teto;

7.4.14 material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem;

7.4.15 medicamentos para urgência e emergência clínica:

a) Antiarrítmico;

b) Anti-hipertensivo;

c) Barbitúrico;

d) Benzodiazepínico;

e) Broncodilatador;

f) Diurético;

g) Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;

h) Glicose hipertônica e isotônica;

i) Solução fisiológica;

j) Água destilada.

7.4.16 medicamentos básicos para uso obstétrico:

- a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;
- b) Inibidores da contratilidade uterina;
- c) Sulfato de magnésio 20% e 50%;
- d) Anti-hemorrágico;
- e) Hidralazina 20 mg;
- f) Nifedipina 10 mg;
- g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal;
- h) Antibióticos;
- i) Anestésicos;
- j) Analgésicos.

7.5 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, podem ter como opcionais os seguintes materiais:

7.5.1 instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piper de tamanhos variados e vácuo extrator.

7.6 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido:

7.6.1 clampeador de cordão;

7.6.2 material para identificação da mãe e do recém-nascido;

7.6.3 balança para recém-nascido;

7.6.4 estetoscópio clínico;

7.6.5 oxímetro de pulso;

7.6.6 mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;

7.6.7 material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia;

7.6.8 material para ventilação (balão auto-inflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O ou manômetro);

7.6.9 máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;

7.6.10 material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional;

7.6.11 material para cateterismo umbilical;

7.6.12 medicamentos:

a) Adrenalina diluída 1:10.000;

b) Solução fisiológica;

c) Bicarbonato de sódio 4,2%;

d) Hidrocloreto de Naloxona;

e) Vitamina K.

7.6.13 material para drenagem torácica e abdominal;

7.6.14 plástico protetor para evitar perda de calor.

7.6.15 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.6.1, 7.6.2, 7.6.3, 7.6.4, 7.6.5, 7.6.6, 7.6.7, 7.6.8, 7.6.9 e 7.6.14.

7.7 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto:

7.7.1 berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral.

7.7.2 bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;

7.7.3 estetoscópio clínico;

7.7.4 balança para recém-nascido;

7.7.5 régua antropométrica e fita métrica de plástico;

7.7.6 aparelho de fototerapia, 01 (um) para cada 10 berços;

7.7.7 oftalmoscópio;

7.7.8 material de emergência para reanimação, 01 (um) para cada posto de enfermagem, composto por:

a) desfibrilador;

b) carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos;

7.7.8.1 O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.

7.7.9 aspirador com manômetro e oxigênio;

7.7.10 glicosímetro.

7.8 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.7.1, 7.7.2, 7.7.3, 7.7.4 e 7.7.5, 7.7.9 e 7.7.10.

8. ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

8.1 O serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral, aos seguintes recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária:

8.1.1 Laboratório clínico;

8.1.2 Laboratório de anatomia patológica;

8.1.3 Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

8.1.4 Serviço de ecocardiografia;

8.1.5 Assistência hemoterápica.

8.1.5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza mais de 60 (sessenta) transfusões por mês deve ter, no mínimo, uma agência transfusional em suas instalações, conforme disposto na RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004.

8.1.6 Assistência clínica cardiológica;

8.1.7 Assistência clínica nefrológica;

8.1.8 Assistência clínica neurológica;

8.1.9 Assistência clínica geral;

8.1.10 Assistência clínica endocrinológica;

8.1.11 Assistência cirúrgica geral;

8.1.12 Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

8.2 O serviço deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.

9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

9.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

9.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas.

9.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

9.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;

9.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;

9.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;

9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

9.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

9.7.1 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

9.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;

9.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

9.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;

9.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;

9.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;

9.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes;

9.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

9.7.12 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

9.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda;

9.8.2 promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido;

9.8.3 garantir a adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.

9.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.

9.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado;

9.8.5 garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação, tenha orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com suas necessidades.

9.8.6 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.9 Na assistência à mulher gestante com intercorrências clínicas ou obstétricas, o serviço deve:

9.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante;

9.9.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;

9.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n.

2.048, de 05 de novembro de 2002;

9.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados em avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

10. TRANSPORTE DE PACIENTES

10.1 O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002;

10.2 O relatório de transferência da mulher ou do recém-nascido deve ser entregue no local de destino;

10.3 O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:

10.3.1 maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;

10.3.2 incubadora para transporte de recém-nascidos;

10.3.3 cilindro transportável de oxigênio.

11. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

11.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde.

11.1.1 O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.

11.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.

11.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto.

11.2.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

11.2.3 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

11.2.4 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.2.5 O RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.

11.3 Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

11.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

11.6 Os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações:

a) RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;

- b) RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;
- c) RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

12. BIOSSEGURANÇA

12.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os seguintes itens:

12.1.1 condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

12.1.2 instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

12.1.3 procedimentos em caso de acidentes;

12.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

13 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

13.1 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

13.1.1 O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

13.2 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde

13.3 O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

13.4 A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

13.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a vigilância sanitária na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

14. DESCARTE DE RESÍDUOS

14.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos

requisitos da RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

15. AVALIAÇÃO

15.1 O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

15.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.

15.3 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

15.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

15.5 O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

ANEXO II

Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar da seguinte forma:

1. Unidade de Centro de Parto Normal:

1.1 Ambientes Fins

1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

1.1.3 Quarto PPP;

1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

1.1.4 Banheiro para parturiente

1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto.

1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa);

1.1.7 Posto de enfermagem;

1.1.8 Sala de serviço;

1.1.9 Área para higienização das mãos.

1.2 Ambientes de apoio

1.2.1 Sala de utilidades;

1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

1.2.3 Rouparia;

1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

1.2.5 Depósito de material de limpeza;

1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

1.2.7 Sala administrativa;

1.2.8 Copa;

1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino);

1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

1.2.11 Sala de ultrassonografia.

1.3 Os ambientes descritos nos itens 1.2.9; 1.2.10 e 1.2.11 são opcionais, assim como o 1.1.5, caso a puérpera e o recém nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal .

2. Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

2.1 Ambientes Fins

2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

2.1.2.1 A sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal.

2.1.3 Quarto PPP;

2.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

2.1.3.2 O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica.

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

2.1.6 Posto de enfermagem;

2.1.7 Sala de serviço;

2.1.8 Área para prescrição médica;

2.1.9 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços;

2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;

2.1.11 Área de recuperação anestésica;

2.1.12 Sala para AMIU;

2.1.13 Área de indução anestésica;

2.2. Ambientes de apoio

2.2.1 Sala de utilidades;

2.2.2 Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);

2.2.3 Sala administrativa;

2.2.4 Rouparia;

2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

2.2.6 Depósito de material de limpeza;

2.2.7 Agência transfusional, in loco ou não (em conformidade com o item 8.1.5.1 do Anexo I);

2.2.8 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;

2.2.10 Copa;

2.2.11 Sala de estar para funcionários;

2.2.12 Sanitários para acompanhantes - anexo à sala de estar;

2.2.13 Área de guarda de pertences;

2.2.14 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.

2.3 Os ambientes descritos nos itens 2.1.12; 2.1.13 e nos itens 2.2.8; 2.2.9; 2.2.10; 2.2.11; 2.2.12; 2.2.13 e 2.2.14 são opcionais.

3. Internação Obstétrica (puérperas ou gestantes com intercorrências)

3.1 Ambientes Fins

3.1.1 Quarto/enfermaria para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências;

3.1.2 Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos);

3.1.3 Posto de enfermagem;

3.1.4 Sala de serviço;

3.1.5 Sala de exames e curativos (conforme descrito item 4.3.3 deste Anexo II).

3.2. Ambientes de apoio

3.2.1 Sala de utilidades;

3.2.2 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;

3.2.3 Quarto para plantonista (in loco ou não);

3.2.4 Sanitário para funcionários;

3.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

3.2.6 Depósito de material de limpeza;

3.2.7 Rouparia;

3.2.8 Área de cuidados e higienização de lactente;

3.2.9 Sala administrativa;

3.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

3.2.11 Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo;

3.2.12 Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes;

3.2.13 Sanitário para acompanhantes - anexo à sala de estar;

3.2.14 Copa.

3.3 Os ambientes descritos nos itens 3.2.8; 3.2.9; 3.2.10; 3.2.11; 3.2.12; 3.2.13 e 3.2.14 são opcionais.

4. Características dos ambientes

4.1 Centro de Parto Normal

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m² por pessoa.

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m² por leito de exame. Instalação de água fria e quente.

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50m² e dimensão mínima de 3,20m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço

e área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m², com dimensão mínima de 1,70m.

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.

4.1.4.2 Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.

4.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto, áreas mínimas: quarto de 01 leito, 10,50 m², quarto de 02 leitos, 14,00 m² e enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m² por leito. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.

4.1.5.1 previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera.

4.1.5.2 O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.

4.1.5.3 Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera

4.1.5.4 Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.6 Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada.

4.1.6.1 O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7 m. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

4.1.7 Área para deambulação: a área pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

4.1.8 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de 2,50m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.9 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de 5,70m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.10 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90m² com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens 4.1.3 e 4.1.4;

4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anestésica com 6,00m². Instalações de água fria e elétrica de emergência.

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de 2,00m².

4.2.4 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m² por torneira com dimensão mínima de 1,00m.

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização.

4.3 - Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

4.3.1 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.5 e 4.1.6.

4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência.

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00m².

[224]

(*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no Diário Oficial da União nº 105, de 4 de junho de 2008,

Seção 1, pág. 50.